

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyö

2014

Marjaana Lindén, Jenna Lindholm, Karita Rantala & Maria Suomi

Viriketoimintaa Kajalakodin mielenterveyskuntoutujille



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Marjaana Lindén, Jenna Lindholm, Karita Rantala & Maria Suomi

VIRIKETOIMINTAA KAJALAKODIN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJILLE

Yleisin syy Kansaneläkelaitoksen kuntoutukseen hakeutumiseen ovat mielenterveysongelmat. Mielenterveyskuntoutujien määrä on lähes tuplaantunut vuosina 2005-2013. Mielenterveyskuntoutumista tukeva viriketoiminta on erittäin tärkeää, sillä se parantaa ja ylläpitää muistia, havainnointia, henkistä vireyttä, keskittymistä, antaa sisältöä elämään sekä tarjoaa kokemuksia ja tunteita. Viriketoiminta on erityisen tärkeää huonokuntoisille, joiden henkinen vireys riippuu toisten tuesta.

Projektin tehtävänä oli suunnitella ja pitää viriketoimintaa Kajalakodissa. Tavoitteena on kehittää ja lisätä Kajalakodin kuntoutujille suunnattua viriketoimintaa sekä lisätä asukkaiden aktiivisuutta ja tukea kuntoutumista.

Projekti toteutettiin neljänä viriketoimintapäivänä, johon osallistuivat Kajalakodin mielenterveyskuntoutujat. Liikunta oli teemana ensimmäisenä päivänä, jolloin ulkona pelattiin mölkkyä ja petankkia viiden osallistujan kanssa. Toisena päivänä teemana oli ravitseminen, ja silloin tehtiin kanasalaattia ja keskusteltiin terveellisestä ruokavaliosta ja kuntoutujien omista ruokailutottumuksista neljän osallistujan kanssa. Kolmantena päivänä pidettiin terveysaiheinen tietovisa, jossa kysymyksiä oli terveydestä, sairauksista sekä ruokailuun ja ruokaan liittyvistä asioista. Osallistujia päivään oli neljä. Neljännellä kerralla oli terveyspäivä, jolloin kuusi mielenterveyskuntoutujaa oli halukkaita kehonkoostumus-, verenpaine- ja PEF-mittauksiin. Jokaisen päivän päätteeksi mielenterveyskuntoutujilta kerättiin palautetta palautelomakkeella, jotta saatiin tietoa, olivatko päivät heille mieleisiä ja hyödyllisiä. Lomakkeessa käsiteltiin päivien tunnelmaa, hyödyllisyyttä, sisältöä sekä ohjaajien mukavuutta ja ammattitaitoa.

Pääasiassa palaute päivistä oli positiivista. Yhteensä palautelomakkeita täytettiin 19 kappaletta. Jokaisessa viriketoimintapäivässä mielenterveyskuntoutujat kokivat tunnelman hyväksi ja ohjaajat mukaviksi sekä ammattitaitoisiksi. Suurin osa mielenterveyskuntoutujista koki myös päivät hyödyllisiksi ja päivien sisällöt hyviksi.

Tulosten pohjalta voidaan todeta viriketoiminnan olevan hyväksi mielenterveyskuntoutujille ja kuntoutujien kokevan virikehetket hyödyllisiksi. Mielekkäällä ja aktivoivalla viriketoiminnalla, kuten liikunnalla ja aivojumpilla, on kuntoutusta tukeva vaikutus, joten sitä kannattaa järjestää ja kehittää myös jatkossa. Tämän kaltaisia projekteja kannattaa jatkossakin järjestää, sillä sitä kautta kuntoutusta järjestävät tahot voivat saada uusia ja hyödyllisiä ideoita toimintaansa.

ASIASANAT:

mielenterveyskuntoutus, mielenterveyskuntoutuja, viriketoiminta, liikunta, ravitseminen, yhteisökuntoutus

Marjaana Lindén, Jenna Lindholm, Karita Rantala & Maria Suomi

STIMULATING ACTIVITIES FOR MENTAL HEALTH REHABILITANTS IN KAJALAKOTI

The most common reason to file for the rehabilitation of the Social Insurance Institution are mental health problems. The amount of people with mental illnesses has almost doubled in the years 2005-2013. Stimulating activities that support mental health rehabilitation are very important because they improve and maintain memory, perception, mental alertness, concentration, give substance to our lives and offer experiences and feelings. Stimulating activities are particularly important to those who are in poor condition and their mental sharpness depends on the support of others.

The purpose of this project was to plan and keep stimulating activity in Kajalakoti. The main goal in this project is to develop and increase the stimulating activity which is directed to mental health rehabilitants in Kajalakoti as well as increase residents' activity and support their rehabilitation.

The project was carried out in four days including different stimulating activities for the mental health rehabilitants in Kajalakoti. Exercise was the theme of the first day. We played lawn game "mölky" and petanque outdoors with five participants. Nutrition was the theme of the second day and the plan was to make chicken salad and discuss about healthy eating habits with four participants. On the third day the theme was a health quiz and the issues were health, diseases and eating and food related issues. There were four participants. The fourth time was a health day consisted of health matters, when six of the mental health rehabilitants got to know their body composition, blood pressure and PEF-measurement results. The data was collected from mental health rehabilitants by using a feedback form at the end of each stimulating activity day to obtain information on whether the days were considered useful. The questionnaire dealt with atmosphere of the days, usefulness of the content, as well as how nice, polite and professional the instructors were considered to be.

Mainly the feedback of the days was positive. Overall we got back 19 feedback forms. Mental health rehabilitants experienced the atmosphere of the days good and the instructors were considered nice and professional. The majority of rehabilitants also experienced the content of the days good and useful.

Based on the results it can be concluded that stimulating activities are good for mental health rehabilitants and the rehabilitants experience stimulating moments useful. Meaningful and activating activities such as exercise and brain teasers have a supporting effect on rehabilitation. It is worth organizing and developing in the future. This type of projects should continue to be organized, because these projects can help the parties which organize rehabilitation to obtain new and useful ideas for stimulating activities.

KEYWORDS: mental health rehabilitation, mental health rehabilitant, stimulating activity, physical activity, nutrition, community rehabilitation

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	4
2	MIELENTERVEYSKUNTOUTUS	6
2.1	Kuntoutumisvalmius	8
2.2	Kuntoutussuunnitelma	11
2.3	Kuntoutuminen prosessina	12
3	MIELENTERVEYSKUNTOUTUMISTA TUKEVA TOIMINTA	16
3.1	Liikunta mielenterveyskuntoutujien elämässä	17
3.2	Mielenterveyskuntoutujien ravitseminen	18
3.3	Mielenterveyskuntoutujien yhteisökuntoutus	20
4	PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	22
5	PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	23
5.1	Projektin suunnittelu	24
5.2	Projektipäivien toteutus	28
5.3	Projektin arviointi	32
6	PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	36
7	POHDINTA	43
	LÄHTEET	48
	LIITTEET	

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Projektilupa

Liite 3 Palautelomake

Liite 4 Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 14.5.

Liite 5 Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 20.5.

Liite 6 Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 4.9.

Liite 7 Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 9.9.

Liite 8 Tietokilpailukysymykset

KUVAT

Kuva 1. Mölkky 29

Kuva 2. Kehonkoostumus-, PEF- ja verenpainemittari 31

TAULUKOT

Taulukko 1. Palaute liikuntapäivästä (n=5) 32

Taulukko 2. Palaute ravitsemuspäivästä (n=4) 33

Taulukko 3. Palaute tietovisasta (n=4) 34

Taulukko 4. Palaute terveyspäivästä (n=6) 35

1 JOHDANTO

Yleisin syy Kansaneläkelaitoksen kuntoutukseen hakeutumiseen ovat mielenterveysongelmat. Jo 1990-luvun lopulla ne syrjäyttivät tuki- ja liikuntaelinsairaudet, jotka olivat yleisin kuntoutuksen sairauspääryhmä. Mielenterveyskuntoutujien määrä on jopa lähes tuplaantunut vuosina 2005–2013. Mielenterveyskuntoutuksessa vuonna 2013 oli 38 200 henkilöä. (Kela 2014.) Psyykkisistä sairauksista kärsivät ihmiset sairastuvat useammin kroonisiin sairauksiin kuin muu väestö. Näiden terveyserojen syitä ja vaikutuksia terveyteen on pohdittu. Syitä ovat muun muassa terveyskäyttäytymisen ja psyykelääkkeiden vaikutukset sekä terveyspalveluiden pariin pääsemisen ja niiden rajoitusten vaikutukset terveyteen. Fyysistä terveyttä voidaan parantaa mielenterveyshäiriöistä kärsivillä muun muassa seurannalla ja elämäntapojen interventiolla heti hoidon alussa. Mielenterveysongelmista kärsivillä on kuitenkin yleensä pessimistinen asennoituminen terveyskäyttäytymisen muutoksiin, kuten tupakoinnin lopettamiseen tai painon hallintaan. (Gray & Robson 2006.)

Saharisen (2013) tutkimuksessa tarkastellaan mielenterveydeltään oireettomien (n=170) ja oireilevien (n=163) 25 - 64-vuotiaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua ja tekijöitä, jotka ovat siihen yhteydessä. Tutkimustulosten mukaan terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huono sosiaalisella, psyykkisellä ja fyysisellä alueella mielenterveysoireista kärsivillä. Huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun oli yhteydessä matala koulutus- ja tulotaso, runsas alkoholin käyttö, alentunut työkyky, somaattiset ja psykiatriset sairaudet sekä masennusoireet. Muun muassa persoonallisuushäiriöistä ja vakavasta masennuksesta kärsivien elämänlaatu terveyteen liittyen oli tilastollisesti merkittävästi huonompi kuin terveillä. Hoitotyössä on tärkeää huomioida potilaan oma kokemus tyytyväisyydestä elämäänsä ja terveyteensä, tunnistaa mielenterveysoireet sekä puuttua niihin ajoissa. Psyykkisistä sairauksista kärsivien sosiaalinen ja fyysinen hyvinvointi sekä toimintakyky tulee ottaa huomioon. (Saharinen 2013.)

Mielenterveyskuntoutujilla läheisverkosto on erittäin heikko tai sitä ei ole juuri ollenkaan. Tämän vuoksi mielenterveyskuntoutajat ovat usein passivoituneita ja sulkeutuneet kotiinsa kärsien yksinäisyydestä, minkä seurauksena sosiaaliset taidot voivat heikentyä. Heillä pitäisikin olla matalankynnyksen paikkoja, joihin voi tulla vapaasti ja parantaa sosiaalisia taitoja, tehdä mielekkäitä asioita sekä tavata uusia ihmisiä. Viriketoiminta vastaa näihin tarpeisiin. (Martti ym. 2003.)

Projektin tehtävänä oli suunnitella ja pitää viriketoimintaa Kajalakodin mielenterveyskuntoutujille. Tavoitteena on kehittää ja lisätä Kajalakodin kuntoutujille suunnattua viriketoimintaa sekä lisätä asukkaiden aktiivisuutta ja tukea kuntoutumista.

2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS

Viime vuosikymmeninä mielenterveysongelmat sekä niiden hoito ja kuntoutus ovat muuttuneet merkittävästi. Samalla, kun tiedot ovat lisääntyneet, käsitys mielenterveysongelmista ja kuntoutukselle asetettavista haasteista muuttuvat. Kulttuurin ja yhteiskunnan mukana muuttuu myös se, mitä mielenterveyskuntoutuksella ymmärretään. (Koskisu 2004, 10–13.) Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001) mukaan avohoito on ensisijainen hoitomuoto kuntoutuksessa. Yleisesti hyväksytyjä hoito-ohjelmia, käytössä olevia Käypä hoito – suosituksia sekä alueellisia hoitosuosituksia sovelletaan hoidossa. Hoidossa hyödynnetään eri ammattiryhmien osaamista tarkoituksenmukaisella ja tehokkaalla työnjaolla, joten hoito on moniammatillista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Kuntouttavassa mielenterveyshoitotyössä on lähtökohtana kuntoutujalähtöisyys. Kuntoutuja nähdään mielenterveystyössä tavoitteellisena ja aktiivisena toimijana, joka on oman sairautensa ja elämänsä päätöksentekijä ja asiantuntija. (Kanerva ym. 2012, 90–147.)

Mielenterveyskuntoutus on vakiintunut 2000-luvulla yleiskäsitteeksi ja onkin osittain korvannut perinteisen psykiatrisen kuntoutuksen käsitteen (Järvikoski & Härkäpää 2011, 234). Koskisuun (2003) mukaan Anthony määrittelee mielenterveysongelmista kuntoutumisen olevan ainutlaatuinen ja henkilökohtainen muutosprosessi, jossa muuttuvat arvot, asenteet, tunteet, elämänpäämäärät, taidot ja roolit. Kuntoutuminen on tyydyttävän ja toiveikkaan elämän elämistä sairauden mahdollisista aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Se on uuden merkityksen kehittymistä elämälle sekä kasvua sairauden seurausten yli. (Koskisu 2003, 21–22.) Kuntoutuksessa otetaan huomioon kuntoutujan persoonallisuus, elämäntilanne, taloudellinen tilanne ja reaktiot, joten kuntoutus on kokonaisvaltaista. Kuntoutus sitoo nykyisyyden tulevaisuuteen. On hyvä korostaa pienten askelten tavoitteita ja jatkuvuutta. (Rissanen 2007, 78–79.)

Mielenterveysongelmat heikentävät toimintakykyä. Psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen pysyvästi tai ajoittaisesti liittyy aina mielenterveyden ongelmiin.

Ongelmia mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyssä ovat huono itsearvostus, pelot, heikentynyt keskittymiskyky, aloitekyvyttömyys sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymisen vaikeus. (Kettunen ym. 2002, 121–122.) Kuntoutuminen on siis toimintakyvyn palautumista, kasvua ja oppimista. Kuntoutuksen edetessä kuntoutuja oppii uusia ajattelutapoja, kiinnostuu omasta elämänlaadustaan ja löytää mielekkyyttä elämästään. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 224.)

Yksi mielenkiintoisista seikoista mielenterveyskuntoutuksessa on, että yksilön hyvinvointia ja toimintakykyä tukevat tekijät löytyvät usein pienistä ja tavallisista arkielämään liittyvistä asioista. Hyvinvoinnin lähteenä arjessa voivat toimia yksipuoliset, mekaaniset toimet ja rituaalit. (Rissanen ym. 2008, 191–196.) Viertiön (2011) tutkimuksessa tarkoituksena oli tuottaa tietoa toimintakyvyn rajoitusten laajuudesta psykoosiin sairastuneilla verrattuna samanikäiseen muuhun väestöön. Tutkimukseen osallistuneet (n=8028) 30 vuotta täyttäneet kärsivät muuhun väestöön verrattuna enemmän liikkumiseen ja näköön liittyvistä rajoituksista. Kroonisten sairauksien ja elämäntapatekijöiden huomioon ottamisen jälkeenkin skitsofrenian yhteys liikkumiskyvyn vaikeuksiin oli tilastollisesti merkittävä. Myös lähi- ja kaukonäkö olivat heikommat skitsofreniaa sairastavilla kuin muulla väestöllä. (Viertiö 2011.)

Kuntoutujan omaehtoisuutta tukevaa keskustelua voi syntyä, kun luodaan tasavertainen asetelma sekä aikaa ja tilaa käsitellä asioita. Vuorovaikutuksellisen tukemisen tavoitteena on tukea kuntoutujassa jo olevia voimavaroja, auttaa päivittäisten elämän ongelmien ratkomisessa ja synnyttää valtaistumisen kokemuksia. (Vilén ym. 2002, 23.) Tavoitteena kuntoutuksessa on auttaa kuntoutujaa lisäämään elämänhallintaansa, auttaa toteuttamaan päämääriään ja auttaa toimimaan sosiaalisissa yhteisöissään. Kuntoutuksen tavoitteena on myös, että kuntoutuja pystyy toimimaan menestyksellisesti tärkeinä pitämissään rooleissa ja ympäristöissä. (Koskisuu 2004, 19.) Kuntoutuksessa esille nousevat haasteet ovat yksilöllisten, ympäristön huomioon ottavien sekä joustavien opetus-, toiminta-, kommunikaatio- että tukimuotojen kehittäminen ja niiden soveltaminen arkeen (Ladonlahti 2001, 39).

Kuntoutus voidaan ymmärtää suppeana, jolloin kuntoutuksen tehtävänä on jonkun tietyn sairauden tai vamman aiheuttamien ongelmien ratkaisu, toimintakyvyn parantaminen ja haittojen minimointi. Tällöin mielenterveystyössä on diagnoosilähtöinen kuntoutusnäkökulma, jolloin puhutaan esimerkiksi skitsofrenian kuntoutuksesta. Kuntoutus voi myös olla todella laajaa toimintaa, joka vaikuttaa yksilöön ja hänen ympäristöönsä. Tällöin pyritään kartoittamaan mahdollisia ongelmia, joita ovat esimerkiksi sairaudesta tai oireilusta aiheutuva hallinnan puute tai toimintakyvyn vajavuus. Mielenterveyteen positiivisesti vaikuttavat tekijät pyritään myös löytämään. (Koskisuus 2004, 10–13.) Mielenterveyskuntoutuksen yhdeksi tavoitteeksi Rissanen ym. (2008) kuvailevat elämän ja samalla oireiden hallinnan parantamisen. Pyrkimyksenä on, että kuntoutuja pystyy hallitsemaan ja hoitamaan sairauttaan ja oireitaan aivan kuten diabetesta sairastava hoitaa ja seuraa omaa sairauttaan. (Rissanen ym. 2008, 191–196.)

Kaksi edellä mainittua näkökulmaa tarjoavat merkittävän haasteen mielenterveystyölle: miten voidaan yhdistää diagnoosin, oireiden ja ongelmien hallitsema perinteinen näkökulma laajempaan, resurssikeskeiseen näkökulmaan, joka taas painottaa selviytymiskeinoja, osallistumista ja täysimittaista kansalaisuutta. Jos painotetaan liiaksi sairauteen, voi seurauksena olla kapea, sairauskeskeinen ja ongelmalähtöinen malli. Tämä ei salli yksilölle riittävästi tilaa olla täysin oma itsensä. Vastaavasti voimavara-, resurssi- tai osallisuuslähtöisyys voi sivuuttaa kuntoutujan oman kokemuksen ongelmistaan ja ne todelliset esteet, joita psyykkiset ongelmat aiheuttavat omien resurssien käyttöönotolle ja osallistumiselle. (Koskisuus 2004, 10–13.)

2.1 Kuntoutumisvalmius

Käsite, kuntoutumisvalmius, on saanut alkunsa Bostonin yliopiston ja Boston Center for Psychiatric Rehabilitation kehittämästä kuntoutusajattelusta. Kuntoutumisvalmius tarkoittaa kuntoutujan kykyä asettaa omaa elämäänsä koskevia kuntoutustavoitteita. Tämä korostaa kuntoutujan kykyä asettaa ympäristön tai roolin muuttamiseen liittyviä tavoitteita, joihin pyrkimistä

kuntoutuspalveluilla on mahdollista tukea. Kuntoutumisvalmiudella voidaan kuvata myös hetkeä, jolloin kuntoutuja on itse valmis ottamaan vastuun omista tavoitteistaan ja kuntoutumisensa etenemisestä. Valmius voi vaihdella eri aikoina ja voi olla sidonnainen johonkin ympäristöön. (Koskisu 2004, 92–123.) Kuntoutusvalmius käsite ei kuvaa kykyä saavuttaa tavoitteita vaan halukkuutta ja sitoutumista muutokseen. Muutokseen sitoutuminen vaihtelee, sillä ihmisen ympäristössä tapahtuu lukuisia asioita, jotka vaikuttavat asenteisiin, tunteisiin ja uskoon itseen ja muutoksen mahdollisuuteen. (Farkas ym. 2000, 29–30.)

Kuntoutumisvalmiuden avulla työntekijät voivat hahmottaa paremmin kuntoutujan omaa elämää koskevia kysymyksiä, jotka edeltävät kuntoutujan edellytyksiä muutokseen sitoutumisesta sekä tavoitteiden asettamista. Käsite voi myös tukea kuntoutujaa tai henkilökuntaa, kun pohditaan, onko kuntoutuja valmis kuntoutuksen työlääseen prosessiin. (Koskisu 2004, 92–123.) On tärkeää selvittää, miten kuntoutuja suoriutuu elämäntilanteessaan ja miten sairaus on vaikuttanut hänen toimintakykynsä. Psykoosisairauksien jälkeen yksi ilmenevä toimintahäiriö on esimerkiksi toimettomuus ja apatia. Tällöin kuntoutujaa rohkaistaan ja kannustetaan päivittäisissä askareissa sekä kotona että kodin ulkopuolella tapahtuvassa asioinnissa. Muita toiminnanhäiriöitä voivat olla yliherkkyys ja psyykkinen haavoittuvuus, kyvyttömyys kestää yksitoikkoisuutta ja yksinäisyyttä, rituaalisuus sekä kyvyttömyys käyttää taitoja uusissa tilanteissa. Näihin pyritään kuntoutuksella ja toiminnanohjauksella vaikuttamaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 229–230.)

Tarvitaan tukea ja tietoa tavoitteiden jäsentämisestä, kuntoutumisesta, vertaiskokemuksia sekä uskoa muutoksen mahdollisuuteen, jotta kuntoutumisvalmius saavutetaan ja ylläpidetään. Kuntoutumisvalmius voimistuu ja kehittyy kuntoutujan ollessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 228–229.) Changin ym. (2013) tutkimuksessa tarkasteltiin mielenterveysongelmia sairastavien (n=159) kuntoutumisen ja siihen liittyvien sosiaalisten ja muiden yksilöllisten tekijöiden suhdetta. Sosiaalisella tuella ja kuntoutumisella on tutkimuksen mukaan merkittävä

positiivinen suhde keskenään, joten mielenterveystyöntekijöiden pitäisi tukea kuntoutujien sosiaalisia suhteita. (Chang ym. 2013.)

Pihlajan (2008) tutkimus (n=7) kartoitti mielenterveyskuntoutujien arkipäivän oppimista. Sen tehtävänä oli selvittää, miten työntekijät kuvaavat mielenterveyskuntoutujaa oppivana kuntoutujana ja millaista on kuntoutumisen ohjaaminen. Tutkimuksessa selvitettiin yhteisöllisyyden ja vertaisryhmän merkitystä kuntoutujan arjessa. Tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät korostavat mielenterveyskuntoutujien subjektiivisuutta. Oikein mitoitettun tuen avulla työntekijät uskovat mielenterveyskuntoutujien tulevan arjessa pärjääviksi ja itsellisiksi. Haasteellisia ovat päihde- ja mielenterveysongelmaiset nuoret, jotka ovat arjen taidoissa aloitekyvyttömiä. Tutkimuksen mukaan mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat vertaistukea, liikkumisen mahdollisuutta oppimistilanteissa ja erilaisia vaihtoehtoja missä, miten ja milloin he oppivat. Näin ollen toiminnalliset ryhmät ovat tarkoituksenmukaisia oppimiseen. Mielenterveyskuntoutujalle yhteisöllisyyden merkitys on tärkeää, joka ilmenee joko tavoitteellisena yhteisöhoitona tai yhtenäisyyden ilmapiirinä tutkimusyhteisössä. (Pihlaja 2008.)

Valmiuden kehittyminen ja sen ylläpitäminen on osa kuntoutumisen prosessia. Se kuvaa kuntoutujan suhdetta johonkin asiaan, tavoitteeseen tai muutostarpeeseen. Kuntoutuksen kannalta on merkittävää hahmottaa aika tai tila, jolloin muutokset ja tavoitteiden asettaminen on kuntoutujalle mahdollista ja toivottua. On todettu, että kuntoutujan diagnoosi ei ole olennainen asia kuntoutumisvalmiuden kannalta. Saman diagnoosin saaneet voivat suhtautua kuntoutumiseen hyvin eritavalla. (Koskisuus 2004, 92–123.)

Kuntoutumisvalmiuden osatekijät ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisen halukkuuteen sitoutua koko kuntoutumisprosessiin (Koskisuus 2004, 92–123). Tekijät ovat kuntoutujan tilanne, hoito- ja kuntoutustilanteet, kuntoutumisen puitteet sekä kuntoutuksen yhteys yhteiskunnallisiin rakenteisiin. Kuntoutujan tilanteeseen vaikuttavat arjen mielekkyys, asuinympäristö, fyysinen hyvinvointi, perhesuhteet, suhteet ystäviin ja tuttaviiin sekä elämäntilanteen kuormittavuus. Hoito- ja kuntoutustilanteisiin vaikuttavat kuntoutujan mielipiteiden

kunnioittaminen, joustava kuntoutus tilanteen mukaan, voimavarakeskeinen vuorovaikutus, kuntoutuksen nivoutuminen hoitoprosessiin sekä hoito- ja kuntoutusprosessin monipuolisuus. Valinnanmahdollisuudet, palveluiden saatavuus ja kohtelu, palveluiden monipuolisuus, riittävyys ja yhteistyö, asuinympäristön yhteisöllisyys ja turvallisuus sekä ympäristön vertaistuki ja asenteet vaikuttavat kuntoutumisen puitteisiin. Kuntoutuksen yhteyttä yhteiskunnallisiin rakenteisiin kuvataan sosiaaliturvan tasolla, mielekkään toiminnan mahdollisuudella toimintatavoilla ja palveluiden tuottamisen resursseilla sekä työllisyydellä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 228–229.)

2.2 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelma on keskeinen väline hahmoteltaessa kuntoutumisprosessia. Kuntoutuminen ja kuntoutustoiminta perustuvat jokaisen kuntoutujan henkilökohtaisten tarpeiden, edellytysten, voimavarojen ja elämäntilanteen kartoitukseen, joten kuntoutussuunnitelma on kuntoutumisen tärkein ja lainsäädännöllisesti merkittävä asiakirja. Sen laatimisen velvoitus perustuu useaan lakiin, eli se vaikuttaa kuntoutujan sosiaalivakuutukseen ja hänelle kuuluviin mahdollisiin etuuksiin. Suunnitelmien laatimisessa ja kirjaamisessa tulisi pyrkiä suhteellisen yhtenäiseen käytäntöön, jotta suunnitelma palvelee paremmin myös viranomaistahoja. Kuntoutussuunnitelman laadinnasta vastaa se yksikkö, jolla on hoito- ja kuntoutusvastuu. (Koskisuu 2004, 124–125.)

Alussa ei kannata tehdä pitkän tähtäimen kuntoutussuunnitelmaa, vaan viestittää kuntoutujalle, että on olemassa erilaisia vaihtoehtoja vastata kuntoutujan tarpeisiin (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 224, 227). Suunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa. Tarvittaessa omaiset tai kuntoutujan muu verkosto voi osallistua laadintaan. Suunnitelmassa tulee ilmi kuntoutumisen tavoitteet, keinot ja palvelut, joilla tavoitteet pyritään saavuttamaan, aikataulu sekä vastuunjako eri toimijoiden välillä. Suunnitelma on aina yksilöllinen, ja siinä ilmenee myös ne palvelut, joita kuntoutuja tarvitsee kuntoutuksen eri osa-alueilla. Perusteellinen suunnitelma parantaa kuntoutumisprosessin

onnistumisen mahdollisuuksia. Kuntoutussuunnitelmaan kuuluu myös seurantasuunnitelma, jonka avulla arvioidaan tavoitteiden toteutumista ja toteutusta. (Kettunen ym. 2002, 32–38.)

Pohjoismaissa on useita vuosia käytetty henkilökohtaista palveluohjausta (case management). Kuntoutujan henkilökohtainen palveluohjaaja tuntee mielenterveystyön kuntoutuspalvelut ja osaa ohjata niihin hakeutumisessa. Palveluohjaaja toimii yhteistyössä kuntoutujan kanssa ja noudattaa kuntoutussuunnitelmaa sekä varmistaa kuntoutujalle parhaiten sopivat kuntoutuspalvelut. Palveluohjaajan tulee varmistaa kuntoutuspalveluiden käyttö riittävän pitkäksi aikaa. Jotta kuntoutujan motivaatio ja toimintakyky kasvavat, kannustetaan häntä toimintaan, joka on hänelle luontevaa ja johon hän on motivoitunut. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 233–234.)

Erityistä huomiota tulisi kiinnittää ammattiauttajan ja asiakkaan kanssakäymisen luonteeseen, sekä asiakkaan antamaan epäsuoraan tai suoraan palautteeseen siitä. Kuntoutuksessa tärkeää on yhteistyö, jolla pyritään löytämään voimanlähteitä ja tukemaan niitä. (Kallanranta ym. 2001, 164–165.)

2.3 Kuntoutuminen prosessina

Tärkein ja samalla kuntoutujien mukaan vaikein asia kuntoutumisessa on sairastumisen tunnistaminen ja tunnustaminen. Tilanteen hyväksyminen on tuskallinen, mutta välttämätön vaihe kuntoutumisen käynnistymiselle. Diagnoosin saaminen voi selkeyttää tilannetta ja auttaa ymmärtämään, mitä on tapahtumassa. Kuntoutumisen kannalta ei ole tärkeää, miten kuntoutuja itse määrittelee ja hyväksyykö sairautensa. Oleellista on, että kuntoutuja ymmärtää tarvitsevansa apua ja tukea. Kuntoutumisella on sitä paremmat edellytykset, mitä nopeammin diagnoosin, selvittelyn ja tilanteesta aiheutuvan ahdingon rinnalle tulee tunne siitä, että asialle on mahdollista tehdä jotakin. (Koskisu 2004, 66–91.) Kuntoutuminen nähdään pääasiassa psykologisena ja psyykkisenä tapahtumana, sillä se merkitsee kuntoutujalle sisäistä muutosta. Prosessin aikana ihminen voi huomata, että haluaa muuttaa elämäänsä laajemminkin. (Rissanen 2007, 82.) Psyykkisestä sairaudesta kuntoutuminen on

samankaltainen prosessi sisällöltään kuin mistä tahansa elämän katastrofista toipuminen. Toipumisessa ja kuntoutumisessa pohditaan paljon samanlaisia kysymyksiä ja asioita. Miksi minulle kävi näin? Mitä voin tehdä? Miten voin elää tämän asian kanssa? Tuleeko minusta koskaan samanlaista kuin ennen? Kuntoutuksen edetessä yksilö pyritään saattamaan epätyytyttävästä elämäntilanteesta kohti parempaa elämää, toimintakykyä, selviytymismahdollisuuksia tai elämänlaatua. (Koskisu 2003, 17–22.)

Kuntoutumisen **alkuvaiheessa** suuressa osassa on myös kuntoutujan oma halu muuttua tai toive muutoksesta. Mahdollisuus olla yhteydessä toivon ja inspiraation lähteisiin vahvistaa muutoksen toivetta. Erityisesti vertaistukea pidetään merkityksellisenä. (Koskisu 2004, 66–91.) Kovanen (2007) tarkastelee tutkimuksessaan mielenterveyskuntoutujien (n=8) vertaistukitoimintaa teemahaastatteluilla. Tulokset osoittavat, että vertaistukiryhmällä on kuntoutujille keskeinen sosiaalinen merkitys. Ryhmässä tavataan tuttuja ja siellä voidaan vapaasti puhua sairauksista ja tulla ymmärretyksi. Toiminnassa voi kuitenkin olla myös ongelmia, sillä mielenterveyskuntoutujan sosiaaliset suhteet voivat rajoittua vain vertaistukiryhmään, jolloin ryhmästä tullaan riippuvaiseksi eikä kuntoutumisprosessi etene. (Kovanen 2007.) Kuntoutujille on tärkeää tavata ihmisiä, jotka ovat kuntoutuneet tai kuntoutumassa. Prosessin alussa on tärkeää huomioida tiedon antamisen oikea tapa ja muoto. Väärin suunnattu, liian vähäinen tai liiallinen informaatio ei tue kuntoutumisen käynnistymistä. (Koskisu 2004, 66–91.) Alkuvaiheessa onkin tärkeää antaa kuntoutujalle realistista, toiveikasta ja tilanteeseen sopivaa tietoa sairaudestaan, sen hoidosta sekä erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista. Kuntoutuja voi alkuvaiheessa kokea sairauden aiheuttamaa tunnekriisiä, joten kuntoutujaa rohkaistaan keskustelemaan ja kysymään häntä askarruttavista kysymyksistä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 224, 227.) Ensivaiheen ratkaisuksi monille mielenterveyskuntoutujille sopii voimavara- ja ratkaisusuuntautunut työote. Tämä perustuu asiakkaan omaan tavoitteenasetteluun. Pyrkimyksenä on saada selville, mitä asiakas todella haluaa, minkä puolesta asiakas on valmis toimimaan. Kuntoutustyöntekijä vahvistaa näiden arvojen ja tavoitteiden

suuntaista toimintaa. Hyvät lähtökohdat kuntoutuksessa auttavat tekemään keskustelutilanteista myös palkitsevia. Palkitsevuus puolestaan vähentää asiakassuhteiden ennenaikaisten keskeytymisten riskiä. (Kallanranta ym. 2001, 166–167.)

Kuntoutumisen **keskivaiheeseen** kuuluu vastuun ottamista ja kantamista omasta elämästä ja avun pyytämistä sekä vastaanottamista. Vastuun ottaminen kuvaa kuntoutujiille enemmänkin pyrkimystä omatoimisuuteen kuin suoranaista hallintaa. (Koskisuu 2004, 66–91.) Kuntoutuminen on usein hiljaista ja huomaamatonta tekemistä, arkipäiväisten asioiden hoitamista sekä pienistä asioista nauttimista (Rissanen 2007, 83). Kokemus siitä, että voi vaikuttaa itse omaan tilanteeseen, kasvaa vähitellen. Yksi tärkeä asia on oireidenhallinnan opettelu, johon liittyen on olemassa ryhmiä, joissa saa tietoa oireista ja lääkkeistä. Kuntoutujan pitäisi pyrkiä parempaan itseluottamukseen, päättäväisyyteen, rohkeuteen, haluun ottaa riskejä ja toisaalta kärsivällisyyteen suhteessa itseensä ja kuntoutumiseensa. (Koskisuu 2004, 66–91.)

Käsitys itsestä, käsitys itsestä suhteessa sairauteen ja omasta suhteesta ympäristöön muuttuu kuntoutumisen aikana. Kuntoutujan on myös tärkeää huomata ne asiat itsessään, jotka eivät ole muuttuneet. Kuntoutujan on tärkeää muistaa kaksi seuraavaa asiaa: kuntoutuja itse on enemmän kuin sairaus ja ettei sairastuminen ikinä ole kenenkään syytä. Kuntoutujan on tärkeää opetella elämäänsä tässä ja nyt ja olemaan rehellinen itselleen ja muille. (Koskisuu 2004, 66–91.) Kuntoutuja voi kokea kuntoutussuhteen myös terapeutisena. Kun kuntoutuja kokee hyötyvänsä ohjauksesta ja vahvistuvansa ihmisenä, hän myös ymmärtää, että omalla toiminnalla ja kokemuksilla on merkitystä kuntoutumisen etenemisessä. (Kukkonen-Lahtinen 2006.)

Kuntoutujan tulisi myös edistää omaa hyvinvointiaan ja huolehtia itsestään. Huolehtiminen pitää sisällään esimerkiksi perustarpeet, kuten ruoan, perusterveyden, puhtauden ja lääkityksen hoidon. Asioiden tekemisen kuntouttava merkitys ei liity taitojen oppimiseen vaan niiden normaalistavaan merkitykseen. Kuntoutujan on myös hyväksyttävä, että kuntoutuminen etenee eri tahtia eri elämänalueilla. Esimerkiksi ihmissuhteissa ihminen voi olla paljon

pidemmällä kuin työllistymisen suhteen. Toimintakyvyn palautuminen liittyy usein tärkeisiin ihmisiin, joten merkittävää olisi ylläpitää ja luoda sosiaalisia yhteyksiä. (Koskisuus 2004, 66–91.)

Viimeiseen vaiheeseen kuuluu selkeästi suuntautumista pois päin kuntoutumisjärjestelmästä ja kohti omaa arkea ja elämää. Tämä vaihe on pääasiassa oman näköisen elämän rakentamista ja rakentumista. Kuntoutujat korostavat, että tämä vaihe on mahdollinen, jos on riittävä vakauden tunne suhteessa oireisiin ja sairauteen. Tässä vaiheessa perustoiminnoista ja arjesta huolehtiminen ei riitä elämän sisällöksi, vaan kuntoutuja kaipaa mielekkäämpää ja järkevämpää tekemistä, joten uuden oppiminen on tärkeää. (Koskisuus 2004, 66–91.) Kärsivällisyys on valttia kuntoutumisprosessissa, sillä kuntoutuminen on ei yleensä tapahdu nopeasti. Monille etenemisen hitaus voi tulla pettymyksenä. (Rissanen 2007, 82–83.)

3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUMISTA

TUKEVA

TOIMINTA

Suomessa alettiin puhua kokonaisvaltaisesta terveydenhuollosta ja terveydestä mielenterveystyön osalta 1970-luvulla. Ihminen nähtiin siis kokonaisuutena, johon eri toiminnoilla piti vaikuttaa niin, että fyysinen kuin psyykinenkin terveys vahvistuisi. Tähän kuuluivat muun muassa taide-, musiikki-, biblio-, tanssi- ja liikuntaterapia. Nykypäivään kuuluu eri terapiamuotojen yhdistely, esimerkiksi liikunta ja musiikki, tai tanssi ja musiikki. Näillä yhteistoimintamuodoilla saadaan vaihtelevuutta ja mielekkyyttä perinteisiin ratkaisuihin. (Suomen mielenterveysseura 2006, 12–13.)

Kuntoutumista tukeva viriketoiminta parantaa ja ylläpitää muistia, havainnointia, henkistä vireyttä, keskittymistä, antaa sisältöä elämään sekä tarjoaa kokemuksia ja tunteita. Viriketoiminta on erityisen tärkeää huonokuntoisille, joiden henkinen vireys riippuu toisten tuesta. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 150–152.)

Kuntoutujien kuntoutumista edistäviä asioita ovat liikunta, tavallinen arki, koti, lukeminen, luonto ja käsitöiden tekeminen. Liikunta on vahvasti kuntoutujien hyvinvointia edistävä asia ja arjessa selviytymistä kuntoutujat pitävät oman vointinsa mittarina. Kuntoutumista edistäviä asioita ovat myös sopiva lääkehoito, kuntoutuskurssit ja vertaistuen saaminen. Kuntoutumista tukevat myös omaisten tuki, itsehoito ja toivo. (Koskisuu 2004, 25.) Mielenterveyskuntoutujilla tavallisia ongelmia ovat ravitsemukseen liittyvät ongelmat. Ruoka on yksi keino millä mielentilaa voidaan säädellä. Ravitsemushäiriöt liittyvät usein psyykkisiin häiriöihin. Näitä ravitsemushäiriöitä ovat esimerkiksi ruokahaluttomuus, puutostilat, ahmiminen tai ruuasta kieltäytyminen. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 57–60.) Ryhmätoiminnoilla on suuri rooli yhteisökuntoutuksessa. Ryhmätoiminnoilla voidaan vaikuttaa potilaiden kognitiivisiin taitoihin sekä harjoitella arkisia taitoja ja lisätä näin elämänhallintaa. Kirjallisuuden perusteella mielenterveyskuntoutujien turvallisuuden tunnetta ja kuntoutusprosessin ymmärtämistä lisää

yhteisökuntoutuksen yhteiset kuntoutumisen kriteerit. (Toivio & Nordling 2011, 127, 296.)

3.1 Liikunta mielenterveyskuntoutujien elämässä

Suomessa mielenterveystyössä alkoi näkyä liikunnan terveys- ja toimintakykyvaikutuksia 1960-luvulla. Tällöin 15 psykiatrasta sairaalaa palkkasi liikunnanohjaajan. Liikunnan käyttö osana mielenterveyskuntoutusta laajeni 1970-luvulla. Mielenterveyskuntoutujien liikuntatoiminta on siis saanut alkunsa sairaaloista ja vähitellen tullut osaksi myös kuntien liikuntatoimintaa. (Suomen mielenterveysseura 2006, 12–31.)

Fyysisen kunnon ja iän mukainen monipuolinen liikunta on hyvää mielialanhoitoa (Siimes 2010, 70). Liikunnasta on saatu lupaavia tuloksia psyykkisen hyvinvoinnin osalta (Miettinen 2000, 139). Psyykkistä terveyttä voi liikunnalla edistää kuormittavuudesta riippumatta. Liikunta vähentää lievän ja keskivaikean masennuksen oireita. (Arvonen 2004, 51, 55.) Erityisesti liikunnan lyhytaikaista vaikutusta ahdistuksen lievittymisessä on tutkittu. Perusliikunnan muodot, kuten pyöräily ja kävely, edistävät tehokkaasti terveyttä. Aikuisten tulisikin liikkua kohtalaisesti kuormittavalla tavalla vähintään 30 minuuttia päivittäin tai ainakin useana päivänä viikossa. (Miettinen 2000, 139, 93.) Reippaalla liikunnalla aivot tuottavat endorfiineja, joilla on positiivinen vaikutus niin fyysiseen kuntoon kuin mielialaan (Siimes 2010, 106). Liikunta osana mielenterveyskuntoutusta on erittäin tärkeää ja hyödyllistä, sillä usein potilaiden fyysinen kunto on heikko ja ylipainoisuus merkittävää. Ylipainoisuus on usein niin suurta, että se on selvä terveysriski. Ylipainoisuudesta aiheutuu potilaille itseluottamuksen puutetta. (Ylén & Ojanen 1999, 14.)

Psykiatrisessa hoidossa olevalla ihmisellä on tarve saada liikuntaa osana kokonaisvaltaista hoitoa tai kuntoutusta. Liikunta nähdään terveyden edistäjänä ja ylläpitäjänä. Parhaimmillaan liikunta tukee terveyden jäljellä olevaa osaa ja vahvistaa ihmisen selviytymistä. Liikunnan avulla ihminen pystyy esimerkiksi purkamaan ahdistusta, ilmaisemaan itseään, saamaan onnistumisen kokemuksia ja löytämään yhteyksiä omaan tunnekenttäänsä. Liikunta auttaa

myös depression hallinnassa. Liikunnasta saa tunteen, että on tehnyt jotain itsensä hyväksi. Tämä lisää vahvuutta ja tyytyväisyyttä. Liikunnassa voi myös syntyä uusia ihmiskontakteja ja vuorovaikutustaidot sekä itsensä ilmaiseminen kehittyvät. Mielen ja liikunnan välinen yhteys perustuu siihen, että liikkumalla liikuttaa myös mieltä. (Suomen mielenterveysseura 2006, 12–47.)

Ruuskasen (2006) tutkimuksessa selvitettiin mielenterveyskuntoutujien (n=32) kokemuksia liikuntaryhmistä. Tulosten mukaan mielenterveyskuntoutujilla oli positiivisia ajatuksia liikunnasta sekä heidän kokemuksensa olivat suurilta osin myönteisiä. Tutkimuksen mukaan liikunnalla oli niin psyykkisiä kuin fyysisiä vaikutuksia kuntoutujiin ja he kokivat liikunnan tukevan myös muilla elämänalueilla. Liikunnan koettiin lieventävän ahdistusta sekä parantavan unta. (Ruuskanen 2006.)

3.2 Mielenterveyskuntoutujien ravitsemus

Psykiatriset sairaudet vaikuttavat ruokatottumuksiin, joten hyvällä ravitsemuksella muiden elämäntapojen ohella on paljon merkitystä masennuksen ja muiden psykiatristen sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Usein unohdetaan ravitsemuksen merkitys psyykkisessä hyvinvoinnissa ja keskitytään vain ulkoisiin tekijöihin. (Tolonen 2007, 12–13, 41–45.) Terveellinen ruokailu on listattukin mielialanhoidossa kärkipäähän (Siimes 2010, 110). Hyvä ravitsemus on hyödyllistä myös yleisen ylipainon kannalta. Ylipainoa aiheuttavat myös monet psyykelääkkeet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 175.) Useimmille pääasiallinen lihomisen syy kuitenkin on ruokailutottumukset. Prosessoitu ruoka aiheuttaa masennusta. (Siimes 2010, 109.)

Makumieltymyksiä vastaava ruoka on hyvä mielihyvän lähde mielenterveyskuntoutujille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 175). Mieleen positiivisesti vaikuttavia ravintoaineita ovat B-ryhmän vitamiinit, kalaöljyt, folaatti ja tryptofaani-aminohappo (Saarnia 2009, 133–137). Mielialan muutokset voivat aiheuttaa ruokailun laiminlyömistä, laihtumista ja ravitsemustilan heikkenemistä. Runsas kahvinjuonti, alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttö sekä heikko taloudellinen tilanne voivat johtaa ruokavalion

yksipuolistumiseen ja siitä johtuen vajaaravitsemukseen. Pelkoja pilaantuneesta tai myrkytetystä ruoasta voi esiintyä esimerkiksi skitsofreenikoilla. Ruokailu on tärkeä sosiaalinen tapahtuma, ja sitä on hyvä käyttää kuntoutuksen tukena. Ruokailun tulisi olla mahdollisimman tasapainoinen, kodinomainen ja rauhallinen tilanne. Ruokailut ryhmittävät päivää silloinkin, kun esimerkiksi työ tai harrastukset eivät. Mielenterveyskuntoutujien olisi hyvä annostella itse ruokansa. Apuna he voivat käyttää esimerkiksi lautasmallia. Mahdollisuuksien mukaan myös hoitajien olisi hyvä syödä kuntoutujien kanssa ja toimia malleina. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 175–177.)

Masennusta pahentaa serotoniinituotannon vähäisyys. Tähän vaikuttavat muun muassa B6-vitamiinin ja aminohappojen puute. (Pakeman 2012, 194–195.) B-vitamiinit tehostavat masennuslääkitystä ja näin ollen nopeuttavat masennuksesta toipumista (Tolonen 2007, 12–13, 41–45). Myös foolihapon puute vaikuttaa masennukseen sen riskiä lisäävästi, ja voi aiheuttaa myös persoonallisuushäiriöitä (Pakeman 2012, 194–195). Ikääntyvillä masennuspotilailla B12-vitamiinin sekä foolihapon puutetilat ovat yleisiä (Tolonen 2007, 12–13, 41–45). D-vitamiini on tärkeässä roolissa masennuksen hoidossa, sillä D-vitamiinitason ja ruokavalion korjaaminen ovat auttaneet monia luopumaan lääkityksestä. (Pakeman 2012, 194–195.)

Nuorien keskuudessa on harmittavan yleistä kärsiä masennuksesta huonon ruokavalion tähden. Masennus liittyy liian vähäiseen kivennäis- ja hivenaineiden, vitamiinien sekä omega-3-rasvahappojen saantiin. Omega-3-rasvahappoja on annettu lievittämään masennuksen oireita hyvillä tuloksilla. (Tolonen 2007, 12–13, 41–45.)

Jackan ym. (2010) tutkimuksessa käsiteltiin mielenterveyden ja ravitsemuksen välistä yhteyttä 20-93 – vuotiailla naisilla (n=1046). Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että ne henkilöt, jotka syövät paljon vihanneksia, hedelmiä, kalaa ja täysjyväviljoja saattavat olla vähemmän alttiita sairastumaan masennukseen tai ahdistuneisuuteen. Länsimainen ruokavalio, johon yhdistetään muun muassa pitkälle prosessoitu ruoka, jalostetut viljat sekä sokeri ja niitä sisältävät tuotteet runsaasti käytettynä, voi taas puolestaan altistaa

masennukselle. Tutkijat pohtivat tuloksen luotettavuutta ja mainitsevat, ettei länsimainen ruokavalio välttämättä ole masennuksen syntytekijöiden taustalla, vaan yhtä mahdollista on se, että masentuneet ovat muuttaneet ruokavaliotaan epäterveelliseen suuntaan sairastumisen jälkeen. (Jacka ym. 2010, 305–311.)

3.3 Mielenterveyskuntoutujien yhteisökuntoutus

Yhteisöllistä kuntoutusta järjestetään mielenterveyskuntoutujille kuntouttavana työtoimintana, päivätoimintana ja tuettuina asumispalveluina (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 234). Yhteisöllinen kuntoutus on tärkeää, sillä varsinkin pitkäaikaipotilailla on sosiaalisissa taidoissa puutteita. Myös arkisten asioiden hoitaminen, kuten raha-asiat ja henkilökohtainen siisteys, on usein vaikeaa. (Rissanen 2007, 177–179.) Yhteisöllisyydellä voidaan lisätä asiakkaiden ja potilaiden inhimillistä kanssakäymistä ja sosiaalista yhteistoimintaa, jolloin korostuu ihmisen kokemus kuulumisesta johonkin yhteisöön tai sosiaaliseen ryhmään. Sitoutuminen yhteisiin päämääriin merkitsee yhteisöllisyyden kehittymistä. Yhteisöllisyydellä voidaan lisätä turvallisuuden tunnetta, kun yhteisön jäsenillä on kokemus siitä, että kaikki yhteisön jäsenet voivat yhdessä auttaa toisiaan toipumisessa. (Holmberg ym. 2008, 111–113.) Toisen samassa tilanteessa olevan tukeminen voi auttaa merkittävästi oman psyykkisen toimintakyvyn kohenemista (Kallanranta ym. 2001, 169–170). Yhteisössä tuetaan avointa kommunikaatiota ja kasvamista vastuulliseksi. Yhteisöllisyyttä voidaan tukea pienillä asioilla, kuten kuulluksi tulemisen mahdollisuudella, toimimalla esimerkkinä ja huolehtimalla yhteisten tilojen siisteydestä. Yhteisössä voi osallistua yhteisten asioiden päätösten tekoon sekä keskustella yhteisön epäkohdista ja toimivista asioista. Yhteisössä tärkeiksi koetaan yhteisökokoukset ja –ryhmät, joissa on painotus yhteisten pelisääntöjen sopimisessa, arkipäivän sujumisessa, tapahtumissa ja hankinnoissa. Merkittävää yhteisössä on sekä hoitajien että potilaiden tasavertaisuus. Kaikki yhteisön jäsenet ovat avoimina ja sitoutuneina yhteisen asian ympärillä ilman raja-aitoja. Jäsenten kesken tasapuolisuus ja kuulluksi tuleminen ovat ensiarvoisia. (Holmberg ym. 2008, 111–113.) Kokemusten jakaminen muiden kanssa ja yhdessä kokeminen ovat tärkeitä (Vilén ym. 2002, 23).

Läätin (2013) tutkimuksessa tarkastellaan sosiaalisen hyvinvoinnin merkitystä ja sen vaihtelua mielenterveyskuntoutujille (n=23). Tutkimusaineisto koostuu kahden eri ikäisen mielenterveyskuntoutuja-ryhmän haastatteluista. Kaikkien haastateltavien elämään liittyy yhteisöllinen toiminta joko asumisen muotona tai päivätoimintana. Tutkimuksen mukaan kuntoutujan sairastumisen ajankohtaan ja elämänvaiheeseen on tärkeämpää kiinnittää huomiota kuin kuntoutujan ikään. Elämän eri osa-alueet sairautta edeltävänä aikana vaikuttavat enemmän sosiaalisiin verkostoihin kuin mielenterveyskuntoutujan ikä. Mielenterveyskuntoutujan sosiaalinen hyvinvointi toteutuu, kun hänelle tarjotaan riittävästi mielekkäitä toimintaympäristöjä ja mahdollisuuksia rakentaa sosiaalinen verkosto. Palvelujärjestelmään mielenterveyskuntoutujat ovat tyytyväisiä, mutta tulevaisuutta silmällä pitäen huolen aiheena on palveluiden säilyvyys. (Läätin 2013.)

4 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Projektin tehtävänä oli suunnitella ja pitää viriketoimintaa Kajalakodin mielenterveyskuntoutujille. Tavoitteena on kehittää ja lisätä Kajalakodin kuntoutujille suunnattua viriketoimintaa sekä lisätä asukkaiden aktiivisuutta ja tukea kuntoutumista.

5 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Projekti on kokonaisuus, joka koostuu useista toiminnallisista osista, jotka ovat kytkeytyneitä toisiinsa. Suunnittelu, toteuttaminen, päättäminen, sulauttaminen ja arvioiminen ovat keskeisiä osatekijöitä. (Paasivaara ym. 2008, 121.) Projektin tarkoitus on pyrkiä aina johonkin määriteltyyn tavoitteeseen. Projekti on harkittu ja suunniteltu hanke, jolla on aikataulu. Kun tavoite täyttyy, tulisi projektin tuottaa arvoa ja hyötyä toimeksiantajalle sekä projektin kohteelle. Kaikilla projekteilla on selkeä alku ja loppu, mutta silti jokainen projekti on ainutkertainen. (Rissanen 2002, 14–15.) Projektin kesto voi vaihdella muutamasta kuukaudesta useaan vuoteen. Projektit voivat myös vaihdella syvyydeltään, ne voivat olla joko pinnallisia tai syvällisiä. Pinnallisen projektin tavoitteena ei ole vaikuttaa toiminnan perusteisiin toisin kuin syvällisellä projektilla, jolla pyritään vaikuttamaan pysyvästi toiminnan rakenteisiin ja perusteisiin. (Paasivaara ym. 2008, 7–10.)

Tämä projekti valittiin aiheen tärkeyden ja kiinnostavuuden vuoksi. Opinnäytetyöntekijöitä kiinnosti toiminnallinen opinnäytetyö sekä mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentely. Kaikilla oli halua saada aiheesta lisää tietoa. Projektin edetessä huomattiin, kuinka tärkeä osa viriketoiminta on mielenterveyskuntoutuksessa. Tämän seurauksena mielenkiinto aihetta kohtaan vahvistui projektin edetessä. Projekti koostui neljästä teemallisesti toisiinsa ja projektin tehtävään ja tavoitteisiin liittyvistä toiminnallisista osioista. Tavoitteisiin pyrittiin pääsemään kunnollisella toiminnallisten osioiden suunnittelulla ja toteutuksella. Projektilla toivotaan olevan hyötyä niin Kajalakodin mielenterveyskuntoutujille kuin siellä työskentelevälle henkilökunnallekin.

Kajalakoti on Salon Perttelissä sijaitseva 15-paikkainen mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikkö, jossa on lisäksi yksi intervallipaikka. Siellä tarjotaan kuntouttavaa palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista mielenterveyskuntoutujille. (Salon kaupunki 2012.)

Mielenterveyskuntoutujille Kajalakoti on suhteellisen uusi, koska se on ennen toiminut vanhusten hoivakotina. Toimeksiantajan, Salon kaupungin, toimesta lähdettiin projektin avulla kehittämään viriketoimintaa Kajalakodin mielenterveyskuntoutujille. Toimeksiantosopimus (Liite 1) tehtiin Salon kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelun kanssa maaliskuussa 2014.

5.1 Projektin suunnittelu

Toiminnallista opinnäytetyötä eli projektia tehtäessä suunnittelu on tärkeää, sillä työn idean ja tavoitteiden tulee olla perusteltuja ja tiedostettuja. Suunnitelmassa tulee esille, mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään. Suunnitelma on myös lupaus siitä, mitä aiotaan tehdä. Siihen tulee sitoutua. Suunnittelussa tulee huomioida kohderyhmä ja toiminnan tarpeellisuus kohderyhmälle. Aikataulu on hyvä myös suunnitella etukäteen. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 26–38.) Opinnäytetyössä pyrittiin alusta saakka perusteelliseen suunnitteluun. Suunnittelussa huomioitiin kohderyhmä eli mielenterveyskuntoutujat, ja heille suunnattua viriketoimintaa perusteltiin kirjallisuuden ja tutkimusten avulla. Suunnitelmaa voi toimia projektipäällikön ja ohjausryhmän välisenä sopimuksena (Karlsson & Marttala 2001, 61). Tässä tapauksessa suunnitelma toimi opinnäytetyön toimeksiantajan ja tekijöiden välisenä sopimuksena.

Tiedonhaku ja projektisuunnitelman tekeminen aloitettiin pikimmiten, kun opinnäytetyön aihe oli varmistunut tammikuussa 2014. Kirjallisuuden hakeminen ja lukeminen on seuraava vaihe aiheen valitsemisen jälkeen (Hakala 2004, 73–74). Tietoa haettiin seuraavista terveysalan tietokannoista; Cinahl, Medic ja Medline. Hakusanoina käytettiin: mental health, rehabilitation ja physical activity. Hakurajauksen aikavälinä käytettiin vuosia 2009–2014 ja hakukielinä suomea ja englantia. Aiheeseen soveltuvia tutkimuksia ei juurikaan näistä tietokannoista löytynyt. Googlen ja Google Scholarin kautta sopivia tutkimuksia kuitenkin löydettiin. Aiheeseen liittyvää kirjallisuutta haettiin myös eri kirjastoista. Työssä käytetyt lähteet ovat 2000-luvulta kolmea lähdeä lukuun ottamatta. Vanhempien lähteiden tiedot todettiin kuitenkin edelleen päteviksi ja luotettaviksi.

Maaliskuussa 2014 oli tapaaminen, jossa paikalla oli tekijöiden lisäksi toimeksiantajan Salon kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelun edustaja, Kajalakodin edustaja sekä opinnäytetyönohjaajat. Kajalakodin edustaja kertoi paikasta ja sen viikko-ohjelmasta, kuten mitä kuntoutujilla on minäkin päivänä ja mihin aikaan. Opinnäytetyöntekijät saivat viikko-ohjelmasta myös kopion. Tapaamisessa sovittiin neljän erilaisen viriketoimintapäivän toteuttamisesta Kajalakodissa, joista kaksi olisi keväällä ja toiset kaksi syksyllä ja teemana näissä virikepäivissä olisi terveys. Päivämääriksi valikoituivat 14.5., 20.5., 4.9. ja 9.9. Sovittiin myös, että käydään tutustumassa Kajalakotiin ennen viriketoimintapäiviä 7.5.

Tutustumiskäynnillä opinnäytetyöntekijät pääsivät tutustumaan paikkaan ja sen toimintaan. Kajalakoti ei ollut ennestään tuttu kenellekään tekijöistä. Paikkaan ja tiloihin tutustuminen auttoi miettimään, miten viriketoimintapäivät käytännössä toteutetaan. Tutustumiskäynnin jälkeen pystyttiin paremmin konkretisoimaan asioita. Paikalla oli silloin myös osa asiakkaista, jotka osallistuivat joihinkin viriketoimintapäivistä. Tutustumiskäynnillä opinnäytetyöntekijät pääsivät markkinoimaan viriketoimintapäiviä. Kajalakodin henkilökunnan kanssa sovittiin, että he markkinoivat viriketoimintapäiviä asiakkaille opinnäytetyöntekijöiden käynnin jälkeenkin. Kajalakodin henkilökunnalla ja asiakkailla oli mahdollisuus esittää toiveita viriketoimintapäivien sisällöstä. Mitään erityisiä toiveita ei kuitenkaan noussut esiin, joten opinnäytetyöntekijät saivat vapaat kädet päivien sisällön suhteen. Asiakkaat toivoivat ensimmäiselle päivälle mölkkyä ja petankkia, jotka myös valittiin virikepäivään. Myöhempiin virikepäiviin he eivät vielä osanneet toivoa mitään erityistä. Projektilupa (Liite 2) myönnettiin 19.5.

Liikunta on tutkitusti hyvä keino tehostaa kuntouttavaa mielenterveystyötä. Sen avulla voidaan esimerkiksi vähentää lieviä pelko- ja depressiotiloja, lihasjännitystä ja parantaa itsetuntoa ja sosiaalisia taitoja. (Lintunen ym. 1995, 64.) Yhdeksi teemaksi viriketoiminnalle valittiin liikunta. Päivän sisällöksi suunniteltiin sään salliessa mölkyn ja petankin pelaamista (Liite 4).

Sääolosuhteista riippuen varalle suunniteltiin sisätiloissa esimerkiksi lautapeliä ja biljardin pelaamista.

Mielenterveyskuntoutujat ovat usein ylipainoisia, syövät yksipuolisesti ja liikkuvat vähän. Lisäksi jotkin lääkkeet voivat vaikuttaa ruokahuonon, ravintoaineiden imeytymiseen ja aineenvaihduntaan. Mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat huomattavasti enemmän ravitsemusneuvontaa, kuin mitä heille hoitosuhteessa nykyisin tarjotaan. (Mielenterveyden keskusliitto 2012.) Toiseksi viriketoimintapäivän teemaksi valittiin ravitsemus. Päivän sisällöksi suunniteltiin kanasalaatin tekemistä sekä keskustelua oikeasta ateriarytmistä, ruokien sisältämistä kalorimääristä ja oikeasta lautasmaasta (Liite 5). Sovittiin, että asiakkaat yhdessä henkilökunnan kanssa päättävät kanasalaattiin tulevat ainekset. Suunniteltiin myös, että jokaiselle osallistujalle jaetaan oma tehtävä salaatin valmistamisessa.

Aivojummat ja tietovisailut parantavat keskittymiskykyä, kehittävät itseluottamusta ja lieventävät stressiä. Harjoitukset auttavat myös kommunikoinnissa, organisoinnissa ja tarkkaavaisuudessa. Niiden avulla voidaan tehostaa näkemistä ja kuulemistä sekä parantaa lukemista ja kirjoittamista, muistamista ja fyysisiä toimintoja. (Suomen kinesiologiayhdistys ry 2011.) Kolmanneksi viriketoimintahetken teemaksi valittiin tietovisailu, jonka sisällöksi suunniteltiin terveysaiheisia kysymyksiä (Liite 6). Tietokilpailukysymykset suunniteltiin liittyvän erilaisiin sairauksiin, terveyteen, ruokailuun ja ruokien kalorimääriin. Tietovisan tarkoituksena ei ainoastaan ollut osallistujien keskinäinen kilpailu, vaan tarkoituksena oli myös opettaa tietoa terveydestä.

Neljänneksi viriketoimintapäivän teemaksi valikoitui terveystäpäivä. Tässä virikepäivässä kiteytyisi kaikki aikaisemmin järjestetyt virikehetket erilaisten mittausten muodossa, jossa asiakkaat saavat tietoa omasta terveydentilastaan. Virikehetken sisällöksi suunniteltiin erilaisten mittausten tekemistä halukkaille asiakkaille. Mittauksiksi suunniteltiin verenpaineen mittaamista, kehonkoostumuksen mittaamista ja uloshengityksen huippuvirtauksen mittaamista PEF-mittarilla (Liite 7). Kehonkoostumusmittari otettiin mukaan

päivään, jotta kuntoutujat näkisivät omien kehojensa koostumuksen ja tulosten mukaan opinnäytetyöntekijät pääsisivät antamaan neuvoja tulosten mukaan. Verenpainemittari oli myös alusta asti selkeä valinta päivään, jotta kuntoutujien verenpainetta tulisi mitattua. PEF-mittari valikoitui mukaan, jotta kuntoutujat saisivat viittauksen heidän keuhkojensa toiminnasta, sillä monet kuntoutujat tupakoivat. Nämä kyseiset mittarit valikoituivat saatavuuden ja terveys - teemaan sopivuuden mukaisesti ja koulusta sai lainata vain tiettyjä mittareita. Verensokerin mittaaminen olisi ollut yksi hyvä lisämittari päivään, mutta mittausta ei olisi voitu suorittaa itsenäisesti.

Kyselyssä jokaiselle esitetään kysymyksiä täysin samalla tavalla. Positiivista on, että vastaajia saadaan paljon. Haittana taas on ettei vastaajat välttämättä ymmärrä kysymystä tai ymmärtää kysymyksen väärin. Hyvän kyselyn laatiminen on aikaa vievä prosessi ja se vaatii paljon tietoa ja taitoa tekijältä. Kyselyn avulla voidaan kerätä tietoa esimerkiksi mielipiteistä, asenteista, tiedoista ja käyttäytymisestä. Kysymysten ollessa monivalintakysymyksiä, pystytään vastuksia vertailemaan helpommin ja vastaaminen on helpompaa. Avoimiin kysymyksiin vastaaja voi ilmaista itseään omin sanoin sekä laajemmin. (Hirsjärvi ym. 2009, 193, 195, 197, 201.) Avoimia kysymyksiä on suositeltavaa käyttää harkiten. Kyselyssä tulee huomioida vastaajien aika, halut sekä taidot vastata kyselyyn. (KvantiMOTV 2010).

Ennen projektipäivien toteutusta suunniteltiin myös palautelomake (Liite 3). Palautteen keräämiseen valittiin kyseinen muoto, sillä siihen saatiin halutut asiat esitettyä yksinkertaisesti ja helppotajuisesti. Palautelomakkeella opinnäytetyöntekijät saivat osallistuneilta kuntoutujilta palautetta toteuttamistaan virikepäivistä. Palautelomakkeen suunnittelussa huomioitiin vastaamiseen käytettävän ajan vähyys. Lomakkeeseen laitettiin viisi väittämää, jotka käsittelivät virikepäivien tunnelmaa, hyödyllisyyttä, sisältöä sekä ohjaajien eli opinnäytetyöntekijöiden mukavuutta ja ammattitaitoa. Lomakkeeseen valittiin vastausvaihtoehdoiksi hymiöt, joita on helppo tulkita ja kuntoutujien on vaivattomampi vastata kysymyksiin. Hymiöiksi valikoitui kolme erilaista Word-ohjelmiston hymynaamaa, joihin osallistujien on helppo samaistua

tuntemustensa mukaan. Lomakkeeseen laitettiin myös yksi avoin kysymys, johon mielenterveyskuntoutujat saivat halutessaan vapaasti kirjoittaa palautetta opinnäytetyöntekijöille. Vastausohjeita lomakkeeseen ei laitettu, sillä opinnäytetyöntekijät olivat paikalla ohjeistamassa, kun mielenterveyskuntoutujat täyttivät lomakkeet. Opinnäytetyöntekijät tarpeen tullen myös avustivat lomakkeen täyttämässä. Vastaaminen oli osallistujille vapaaehtoista ja kaikkien anonymius säilyi.

Vastausten perusteella laskettiin virikepäivien frekvenssit, jotka esitetään taulukoissa. Frekvenssillä tarkoitetaan kuhunkin luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden lukumäärää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 132). Taulukoista tulee käydä ilmi tulosten ymmärtämisen kannalta olennaiset tiedot eli taulukon tulee olla mahdollisimman itsensä selittävä, eikä taulukoissa juuri koskaan näe liikaa selityksiä. Vaakaviivojen käyttö taulukossa antaa sille ryhtiä ja selkeyttä. Se mitä raportoivat luvut ilmaisevat, on käytävä otsikosta ilmi. Kysymykset ja vastausvaihtoehdot, jotka ovat kyselytulosten pohjana, tulee ilmoittaa joko otsikossa, taulukkoselitteessä, muuttuja- tai luokkatunnuksissa. (KvantiMOTV 2012.) Jokaisesta viriketoimintapäivästä tehtiin oma taulukko ja ne nimettiin asianmukaisesti.

5.2 Projektipäivien toteutus

Projektin toteuttaminen vaatii, että työskentely tapahtuu järjestelmällisesti, projektityön muotoa ja menetelmää noudattaen. Onnistuneen projektin toteutus vaatii sitoutumista sekä suurta keskittyneisyyttä. Projektiryhmän on panostettava aikaa ja energiaa projektille. (Rissanen 2002, 14–16.) Projektille kannattaa valita sellainen toteutustapa, joka palvelee kohderyhmää parhaiten (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51). Opinnäytetyöntekijät olivat sitoutuneita projektiin ja siihen panostettiin paljon aikaa ja energiaa. Työskentely oli järjestelmällistä ja tehokasta. Viriketoimintapäivissä pyrittiin toteuttamaan kaikki toiminta mahdollisimman hyvin kohderyhmää eli mielenterveyskuntoutujia palvelleen.

Ensimmäinen projektipäivä oli 14.5. Päivää varten tiedusteltiin Kajalakodista, mitä pelejä heiltä löytyy. Kajalakodista löytyi kaikki tarvittavat pelit, joten

opinnäytetyön tekijöiden ei tarvinnut tuoda paikanpäälle muuta kuin palautelomakkeet. Palautelomakkeet tulostettiin ennen projektipäivää koululla. Kajalakodin henkilökunta oli informoinut asiakkaita tulevasta viriketoiminnasta etukäteen. Viriketoimintahetki alkoi ensin esittelyillä. Opinnäytetyöntekijät kertoivat projektistaan ja sen tarkoituksesta. Esittelyiden jälkeen kaikki vapaaehtoiset ja halukkaat osallistujat siirtyivät ulos järjestelemään pelikenttää. Ensimmäiselle projektipäivälle osui aurinkoinen ilma, joten pystyttiin etenemään suunnitelman mukaan mölkkyä ja petankkia pelaten. Ensin pelattiin mölkkyä (Kuva 1).



Kuva 1. Mölkky.

Mölkkyyn osallistui viisi asiakasta, joista kolme oli miehiä ja kaksi naista sekä opinnäytetyöntekijät. Opinnäytetyöntekijät pitivät myös samalla kirjaa pisteistä. Halukkaat pääsivät pelaamaan myös petankkia. Sitä pelattiin kaksi kertaa. Opinnäytetyön tekijät seurasivat peliä ja olivat hengessä mukana. Ensimmäinen peli oli miesten välinen, jossa pelasi kaksi miestä vastakkain ja toinen peli oli sukupuolten taisto, jossa pelasi nainen vastaan mies. Tunnelma pelatessa säilyi koko ajan positiivisena ja osallistujat olivat innokkaina pelaamassa. Pääasiassa kaikki osallistujat jaksoivat pelata loppuun saakka. Lopuksi asiakkaat täyttivät palautelomakkeet. Päivä eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti. Virikehetki kesti tunnin ja kaksikymmentä minuuttia kaikkine esittelyineen sekä palautteen antamisen kanssa.

Toinen projektipäivä järjestettiin 20.5. Kajalakodin henkilökunta oli informoinut asiakkaita tulevasta viriketoimintapäivästä etukäteen. Henkilökunnan kanssa sovittiin myös, että he hoitavat ruokatarvikkeiden ostamisen asiakkaiden kanssa. Asiakkaat saivat valita haluamiaan raaka-aineita kanasalaattiin. Kaikki halukkaat pääsivät osallistumaan kanasalaatin valmistamiseen. Ruuan tekoon osallistui yhteensä neljä henkilöä, kolme naista ja yksi mies. Jokaiselle asiakkaalle jaettiin hänelle mieleinen tehtävä ruoanteossa. Yksi paistoi ja maustoi kanat, kaksi pilkkoi kasviksia ja yksi keitti riisin. Opinnäytetyöntekijät avustivat asiakkaita tarpeen mukaan. Ruokaa tehdessä asiakkaiden kanssa jutusteltiin terveellisestä ruokavaliosta ja elämäntavoista. Kaikki osallistujat olivat positiivisin mielin ja ryhmän yhteishenki oli hyvä ruokaa tehdessä. Lopuksi asiakkaat täyttivät palautelomakkeet. Aikaa kului noin puolitoista tuntia. Päivä kesti hieman pitempään kuin suunnitellun aikataulun mukaan olisi pitänyt.

Kolmas projektipäivä pidettiin 4.9. Kajalakodin henkilökunta oli informoinut asiakkaita päivästä jo etukäteen. Opinnäytetyön tekijät saapuivat Kajalakotiin asiakkaiden aamukokouksen aikaan, joten asiakkaita informoitiin siinä vielä lisää. Tietovisa aloitettiin heti aamukokouksen jälkeen, kun halukkaat osanottajat olivat paikalla. Osallistujia oli neljä, joista kaksi naista ja kaksi miestä. Tietovisan teemana oli terveys ja terveyteen liittyvät asiat. Opinnäytetyöntekijät luettelivat kysymykset sekä vastausvaihtoehdot, ja jokaisen kysymyksen jälkeen asiakkailla oli tarvittava määrä vastausaikaa. Kysymyksiä oli yhteensä 54. (Liite 8) Kysymysten jälkeen piti vielä olla väittämiä, mutta kysymyksiin kului suunniteltua enemmän aikaa, joten väittämät jätettiin pois. Asiakkaat tarkistivat vastuksensa itse. Oikeat vastaukset käytiin läpi yhdessä. Päivän lopuksi asiakkaat täyttivät palautelomakkeen. Aikaa kului yhteensä puolitoista tuntia. Päivän tunnelma oli pääosin hyvä. Välillä osallistujissa oli havaittavissa keskittymiskyvyn vähentymistä ja levottomuutta, mikä vaikutti ajoittain koko ryhmän tunnelmaan.

Neljäs ja viimeinen projektipäivä pidettiin 9.9. Henkilökunta oli informoinut asiakkaita päivästä etukäteen. Kehonkoostumus-, verenpaine- ja PEF-mittari (Kuva 2), palautelomakkeet sekä lappu, jossa oli viitearvot suoritettaville

mittauksille, haettiin koulusta samana aamuna ennen Kajalakotiin menoa. Palautelomakkeet ja muut tarvittavat lomakkeet tulostettiin myös koululla.



Kuva 2. Kehonkoostumus, PEF- ja verenpainemittari.




Aamukokous oli käynnissä, kun opinnäytetyöntekijät saapuivat Kajalakotiin. Sen yhteydessä kerrottiin päivästä asiakkaille lisää. Mittaukset aloitettiin heti aamukokouksen jälkeen. Opinnäytetyöntekijät jakaantuivat mittaus pisteille seuraavasti: yksi mittasi verenpainetta, yksi mittasi PEF-arvoja ja kaksi mittasi kehonkoostumusta. Asiakkaat saivat esittää mittauksien yhteydessä kysymyksiä opinnäytetyön tekijöille. Heille kerrottiin jokaisen mittauksen jälkeen, mitä kyseinen mittaus ja tulokset tarkoittavat. Asiakkaat täyttivät lopuksi palautelomakkeen. Päivän tunnelma oli hyvä ja asiakkaat olivat innokkaana kaikissa mittauksissa mukana ja osa heistä halusi kokeilla useampaankin kertaan samaa mittausta. Mittauksiin osallistui kuusi asiakasta, joista kaksi oli naisia ja neljä miehiä. Myös henkilökunnasta rohkeimmat kävivät kehonkoostumusta mittauttamassa. Päivä eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti.

5.3 Projektin arviointi

Tulokset esitetään taulukoissa, joissa ilmaistaan frekvenssit. Avoimen kysymyksen vastaukset ilmaistaan sanallisesti. Palautelomake jaettiin jokaiselle osallistujalle kaikissa viriketoimintapäivissä. Kaikki osallistajat (n=19) täyttivät lomakkeet.

Ensimmäisessä päivässä eli liikuntapäivässä, osallistujia oli yhteensä 5. Tunnelman ja sisällön kaikki osallistajat kokivat hyväksi, myös ohjaajat eli opinnäytetyöntekijät koettiin mukaviksi ja ammattitaitoisiksi. Virikehetken hyödyllisyys jakoi ihmisten mielipiteitä, kolmen osallistujan mielestä hetki oli hyödyllinen ja kahden mielestä hetken hyödyllisyys oli keskinkertainen (Taulukko 1). Avoimeen kysymykseen, risut ja ruusut, ei vastannut ketään osallistujista.




Taulukko 1. Palaute liikuntapäivästä (n=5)

	 f	 f	 f
Tunnelma oli hyvä.	5	0	0
Virikehetki oli hyödyllinen.	3	2	0
Sisältö oli hyvä.	5	0	0
Ohjaajat olivat mukavia.	5	0	0
Ohjaajat olivat ammattitaitoisia.	5	0	0

Toisessa päivässä, jolloin tehtiin ruokaa yhdessä, osallistujia oli 4. Kaikki päivästä saatu palaute oli hyvää. Kaikkien neljän osallistujan mielestä päivän tunnelma ja sisältö olivat hyviä, hetki oli hyödyllinen ja ohjaajat olivat mukavia ja ammattitaitoisia (Taulukko 2). Avoimeen kysymykseen saatiin yksi vastaus. Avoimeen kysymykseen oli vastattu lauseella, jonka mukaan salaatin teko oli mukavaa.

"Oli mukava tehdä salaattia."




Taulukko 2. Palaute ravitsemuspäivästä (n=4)

	 f	 f	 f
Tunnelma oli hyvä.	4	0	0
Virikehetki oli hyödyllinen.	4	0	0
Sisältö oli hyvä.	4	0	0
Ohjaajat olivat mukavia.	4	0	0
Ohjaajat olivat ammattitaitoisia.	4	0	0

Kolmannessa päivässä osallistujia oli yhteensä neljä. Teemana tällöin oli tietovisa. Tunnelman kokivat kaikki osallistujat hyväksi. Kaikki kokivat myös ohjaajat mukaviksi ja ammattitaitoisiksi. Virikehetken hyödyllisyys ja sisältö jakoivat mielipiteitä. Virikehetki oli hyödyllinen kolmen osallistujan mielestä ja yksi koki hyödyllisyyden keskinkertaiseksi. Sisältö oli kolmen osallistujan mielestä hyvä ja yhden mielestä keskinkertainen (Taulukko 3). Avoimeen kysymykseen vastasi yksi osallistuja. Avoimeen kysymykseen oli vastattu plusmerkillä, josta voisi päätellä kyseisen vastaajan pitäneen virikehetkeä.

”+”

Taulukko 3. Palaute tietovisasta (n=4)

	 f	 f	 f
Tunnelma oli hyvä.	4	0	0
Virikehetki oli hyödyllinen.	3	1	0
Sisältö oli hyvä.	3	1	0
Ohjaajat olivat mukavia.	4	0	0
Ohjaajat olivat ammattitaitoisia.	4	0	0




Neljännessä päivässä, terveyspäivässä, osallistujia oli yhteensä kuusi. Päivästä saatiin ainoastaan hyvää palautetta. Tunnelma ja sisältö koettiin hyväksi. Osallistujien mielestä hetki oli hyödyllinen ja ohjaajat mukavia ja ammattitaitoisia (Taulukko 4). Avoimeen kysymykseen saatiin 3 vastausta osallistujilta. Kaikki vastaukset olivat positiivisia, avointen kysymysten palautteesta käy ilmi että virikehetki oli hyvä, hyödyllinen ja mukavaa toimintaa.

"Hyvä"

"Mukavaa toimintaa."

"Hetki oli hyödyllinen."

Taulukko 4. Palaute terveyspäivästä (n=6)

	 f	 f	 f
Tunnelma oli hyvä.	6	0	0
Virikehetki oli hyödyllinen.	6	0	0
Sisältö oli hyvä.	6	0	0
Ohjaajat olivat mukavia.	6	0	0
Ohjaajat olivat ammattitaitoisia.	6	0	0

6 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön aiheen valintaan liittyy eettisiä näkökohtia ja kysymyksiä. Ennen tutkimusprojektin aloittamista tulee selvittää perusteellisesti, että tutkimus on merkityksellinen, tärkeä ja toteuttamisen arvoinen eikä haluttu tieto ole jo saatavissa. Aiheesta päätettäessä tulee pohtia miksi tutkimukseen ryhdytään, kenen tarpeesta ja ehdoilla tutkimusaihe valitaan sekä tutkimuksen toteuttamisen mahdollisuuksia käytännössä. (Heikkilä 2004, 30.) Nämä asiat pätevät, vaikka opinnäytetyö toteutettiin projektina. Projektia lähdettiin toteuttamaan toimeksiantajan toiveesta, joten projekti oli hyödyllinen ja tarpeellinen. Siitä, mitä mieltä kuntoutujat ovat erilaisista viriketoiminnoista, oli melko vähän tietoa saatavilla entuudestaan. Tämä vahvisti opinnäytetyöntekijöiden päätöstä valita kyseinen projekti opinnäytetyöksi. Tutkimuksen toteuttamisen mahdollisuuksia käytännössä pohdittiin aihetta valittaessa ja sitä työstäessä eteenpäin. Tekijät kokivat toiminnallisella opinnäytetyöllä olevan paljon eri mahdollisuuksia toteuttaa se käytännössä.

On myös toivottavaa, että tekijät ovat aidosti kiinnostuneita valitsemastaan aiheesta (Hirsjärvi ym. 2008, 71). Eettisiin vaatimuksiin kuuluu myös, että tutkija on aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta, tutkittavaan aiheeseen on paneuduttava tunnollisesti ja tutkijoiden on suhtauduttava toisiinsa arvostavasti. Sellaiseen tutkimukseen ei saisi osallistua, joka voisi tuottaa kohtuutonta vahinkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Opinnäytetyöntekijät olivat aidosti kiinnostuneita valitsemastaan aiheesta ja hankkimaan siihen liittyen uutta tietoa. Aiheeseen oli paneuduttu kunnolla. Toisiaan ja yhteistyötahoja kohtaan opinnäytetyöntekijät olivat ammattimaisia ja arvostavia. Työskentely oli tasa-arvoista. Koska opinnäytetyöntekijöitä oli neljä, saatiin työhön erilaisia näkökulmia.

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2008, 23–27). Tarkoituksellinen tieteellinen huijaus on tutkimusvilppiä, jonka päämuodot ovat plagiointi, anastaminen, sepittäminen ja vääristely (Louhiala & Launis 2009, 219–222). Toisen tutkijan ajatusten, tulosten tai ilmaisujen esittäminen omista nimistä eli plagiointi, on vastoin tutkimuksen eettisiä

sääntöjä. Plagiointia ovat myös tekaistut esimerkit, väitteet ja tulokset. Keksityt asiat alentavat työn uskottavuutta ja johtavat lukijoita harhaan. Lähdeviitteet on merkittävä erittäin tarkasti ja tunnollisesti. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 78.) Työssä pyrittiin toteuttamaan eettisesti hyväksyttävää toimintaa, joten lähdeviitteet on merkitty tarkasti. Suoria lainauksia muiden teksteistä on vältetty referoimalla niin ettei omat mielipiteet tai olettamukset ole vaikuttaneet lopputulokseen. Kaikki työssä käytetty tieto on todenperäistä. Eettisyyttä projektissa vahvistaa se, että projektilupa ja toimeksiantosopimus anottiin ja saatiin ennen kuin projekti toteutettiin.

Mielenterveystyössä esiintyy eettisiä ongelmia runsaasti. Eettisten kysymysten pohdinta on erityisen tärkeää, sillä mielenterveysongelmat ovat yksi yleisimmistä toimintakyvyttömyyttä sekä inhimillistä kärsimystä aiheuttavista terveysongelmista maailman laajuisesti. Mielenterveydenongelmat tekevät ihmisestä todella haavoittuvan ja vallankäytön mahdollisuus kasvaa, jos potilas ei kykene ajamaan omia asioitaan. Kielteisiä asenteita mielenterveysongelmaisia ihmisiä kohtaan saattaa esiintyä myös hoitohenkilökunnan keskuudessa, mistä seuraa eettisiä ongelmia. Kielteiset asenteet voivat ilmentyä esimerkiksi siten, että hoitaja tekee päätöksiä potilaan puolesta ilman, että potilas tietää asiasta. Henkilökunta ei välttämättä edes aina tiedosta kielteisiä asenteitaan. (Välimäki 2010, 260–276.) Mielenterveystyössä usein esiintyvät eettiset ongelmat otettiin huomioon virikepäiviä suunniteltaessa sekä niitä toteuttaessa. Mielenterveyskuntoutujien haavoittuneisuutta ei käytetty millään lailla hyväksi viriketoimintapäivissä. Kielteisiä asenteita ei ketään kohtaan ollut. Viriketoimintapäivissä opinnäytetyöntekijät olivat avoimin mielin. Kuntoutujien autonomiaa kunnioitettiin kaikin puolin eikä ketään loukattu tai syrjitty. Jos osallistujilla oli ehdotuksia virikepäiviin, otettiin ne myös huomioon virikepäivien toteutuksessa. Kaikkia kohdeltiin yksilöinä ja kaikilla oli oikeus olla oma itsensä.

Eettisesti tärkeä asia on, että tutkimukseen osallistuneita henkilöitä tulee kohdella hyvin ja heidän itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa antamalla heille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen (Hirsjärvi

ym. 2009, 23–27). Tutkimuksessa mukana olleiden vapautta ei rajoiteta tietoisella harhaanjohtamisella tai pakottamalla. Tietoon perustuvan suostumuksen antaminen takaa tämän vaatimuksen toteutumisen. (Louhiala ym. 2009, 203–205.) On myös havaittava, missä kulkee hoitajan ja potilaan päätösvallan rajat. Onko hoitohenkilökunnalla oikeus pakottaa potilas tekemään jotakin, jolla voidaan auttaa häntä löytämään aktiivinen ote elämään? (Välimäki 2010, 260–276.) Tutkimuksen lähtökohtana tulee aina olla ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2008, 23–27). Tutkimuksen eettiset periaatteet pätevät myös projektin toteuttamisessa. Kajalakodin henkilökunta pyysi asiakkaita osallistumaan useaan otteeseen mukaan virikehetkiin, mutta ketään ei kuitenkaan pakotettu osallistumaan. Jokaiselle osallistujalle annettiin mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta virikehetkiin. Projektiin osallistuville mielenterveyskuntoutujille kerrottiin, että osallistuminen sekä palautelomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Viriketoimintapäiviin osallistujat antoivat suullisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumiseen. Osallistujia ei johdettu millään lailla harhaan. Palautelomakkeet täytettiin anonyymisti, eikä palautteen antajaa voida tunnistaa. Terveystieteiden ammattietiikan keskeinen velvoite on salassapitovelvollisuus (Louhiala ym. 2009, 65). Opinnäytetyöntekijät noudattivat salassapitovelvollisuutta, joten mielenterveyskuntoutujien tai Kajalakodin henkilökunnan nimiä, tietoja tai mitään tapahtumia ei saa ulkopuolisille kertoa eikä ketään kuntoutujaa pystytä yhdistämään palautelomakkeiden vastauksiin. Palautelomakkeet hävitettiin asianmukaisesti vastausten analysoinnin jälkeen.

Ohjaustilanteissa eettiseen työskentelyyn kuuluvat eettinen tietoisuus ja kyky kohdata tilanteita, joissa omaa työskentelytapaa on pohdittava eettiseltä kannalta. Eettinen tietoisuus sisältää omien arvojen selkiyttämistä ja häirinnän ja harmin tuottamisen välttämistä. Ohjaustilanteissa eettiset kysymykset liittyvät usein asiakkaan oikeuksiin kuten autonomiaan, mutta myös asiakkaiden tulee kunnioittaa ohjaajia. Ohjaajilla on vastuu siitä, että toiminta on eettisesti kestävä. Ohjausympäristö tulee myös huomioida. Sitä valittaessa tulisi pohtia asiakaslähtöisyyttä. (Kyngäs ym. 2007, 154-157.) Opinnäytetyöntekijät pohtivat työskentelytapojaan eettiseltä kannalta ja pyrkivät selkiyttämään omat arvonsa.

Viriketoimintapäivissä pyrittiin tuottamaan vain hyvää. Häirintää tai harmia ei tuotettu. Asiakkaat kunnioittivat ohjaajia eli tässä tapauksessa opinnäytetyöntekijöitä. Ohjausympäristönä toimi Kajalakoti, joka oli asiakkaille ympäristönä tuttu ja turvallinen.

Ohjaajilla on vastuu siitä, että toiminta perustuu todenmukaiseen tietoon ja on ajankohtaisen tietämyksen mukaista. Asiakkailla on aina oikeus saada tietoa, joka on tutkittua ja luotettavaa. (Kyngäs ym. 2007, 154-157.) Kaikkien viriketoimintapäivien sisältöjen valinnat perustuivat tutkittuun ja luotettavaan tietoon, mikä lisää projektin luotettavuutta. Ensimmäisen päivän sisällön valinta perustui siihen, että liikunnallisella toiminnalla on tutkitusti mielenterveyskuntoutusta tehostava vaikutus. Toiseen viriketoimintapäivään valittiin ravitsemukseen liittyvä sisältö. Valinta perustui tutkittuun tietoon siitä, että mielenterveyskuntoutajat tarvitsevat nykyistä enemmän ravitsemusneuvontaa, ja heillä on usein huonot elintavat ja ylipainoa. Kaikki päivässä annetut tiedot ja ohjeet ravitsemuksesta olivat tutkittuja, ajantasaisia ja luotettavia. Kolmannen viriketoimintapäivän sisällön valinta perustui tietoon siitä, että tietovisoilla on positiivisia vaikutuksia muuan muassa keskittymiskykyyn ja itseluottamukseen. Tietovisan kysymyksiin etsittiin oikeat ja luotettavat vastaukset. Neljännen päivän sisällön valinta perustui tietoon siitä, että monet mielenterveyskuntoutujista noudattavat huonoja elintapoja, esimerkiksi tupakoivat. Tutkitusti psyykkisistä sairauksista kärsivät sairastuvat kroonisiin sairauksiin muuta väestöä enemmän. Mielenterveyskuntoutujille haluttiin antaa tietoa heidän terveydestään erilaisten mittausten avulla. Kaikki tieto, mitä mielenterveyskuntoutajat saivat päivän aikana terveydentilastaan, oli ajantasaista ja luotettavaa.

Projektin luotettavuuteen vaikuttaa merkittävästi se, miten se on raportoitu (Hirsjärvi ym. 2009, 261). Luotettavuuden arvioinnissa on tärkeää, että tutkimuksen toteutus on raportoitu tarkasti (Hirsjärvi ym. 2008, 227-228). Raportissa tulee kuvata tarkoin, miten projekti tehtiin. Lukijan on pystyttävä kuvauksen perusteella arvioimaan projektin teon asianmukaisuutta sekä luotettavuutta. Menetelmän kuvauksen kriteerinä on, että lukija pystyy

tarvittaessa toistamaan projektin uudelleen. (Hirsjärvi ym. 1997, 258–259) Projektin suunnittelu ja toteutus on kuvattu raportissa tarkoin, niin että lukija kykenee toistamaan projektin uudelleen.

Lähdeaineistoa voidaan arvioida jo ennen sen lukemista tarkastelemalla tiedonlähteen auktoriteettia ja tunnettavuutta sekä lähteen ikää, laatua ja uskottavuutta (Vilkka & Airaksinen 2004, 72–73). Harkintaa ja lähdekritiikkiä tarvitaan lähteitä käytettäessä. Tärkeää on valita uusi lähde, koska vanha tieto tarkentuu uusien tietojen myötä ja tutkimustieto muuttuu koko ajan. (Hirsjärvi ym. 2009, 113–114.) Opinnäytetyöntekijät ovat lukeneet käytetyt lähteet ja tulkinneet ne luotettaviksi. Käytetyt lähteet ovat suurimmaksi osin 2000-luvun puolelta, mikä myös lisää työn luotettavuutta. Vanhempia lähteitä on kolme, mutta ne on todettu luotettaviksi ja niiden asiasisällöt edelleen päteviksi. Työssä pyrittiin välttämään Internet lähteitä muutamia luotettaviksi tulkittuja sivuja lukuun ottamatta. Alkuperäiset ja luotettavat tiedonlähteet pyrittiin löytämään. Yleensä elektronisista lähteistä luotettavimpia ovat arkistot, toimitetut julkaisut ja muut vastuullisesti ylläpidettävät ja päivitettävät www-dokumentit (Hakala 2004, 95). Lähteitä on käytetty monipuolisesti. Luotettavuuteen voi kuitenkin vaikuttaa se, että vieraskielisiä lähteitä on käytetty tässä opinnäytetyössä melko vähän. Käytetyt lähteet ovat suomen- ja englannin kielisiä. Hakurajaus vain kahteen kieleen on rajoittanut tiedonsaantia, sillä muun kielisissä lähteissä olisi saattanut olla hyödyllistä tietoa. Toisaalta vähäisen vieraskielisten lähteiden käytöllä on välttytty asiavirheiltä.

Maaliskuussa 2014 pidetyssä tapaamisessa virikepäivien sisältöjä suunniteltiin yhdessä toimeksiantajan Salon kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelun edustajan sekä Kajalakodin edustajan kanssa. Projektipäivät myös toteutettiin henkilökunnan läsnä ollessa, mikä lisää projektin luotettavuutta, sillä ammattitaitoinen henkilökunta tuntee omat asiakkaat ja mielenterveyskuntoutujien mahdolliset erityistarpeet. Henkilökunta oli siis tarpeen tullen käytettävissä.

Palautelomakkeen huolellisella suunnittelulla ja testaamisella on ratkaiseva vaikutus tutkimuksen onnistumiseen ja luotettavuuteen. Suunnittelussa on

otettava huomioon monia asioita, kuten lomakkeen pituus, ulkoasun selkeys, helppotajaisuus sekä kohderyhmä. (KvantiMOTV 2010.) Projektin luotettavuuteen saattoi vaikuttaa se, että opinnäytetyöntekijöillä ei ollut ennestään kokemusta palautelomakkeen suunnittelusta, tekemisestä tai toteuttamisesta. Palautelomakkeen kysymykset, niiden asettelu ja määrä pyrittiin suunnittelemaan kohderyhmälle eli mielenterveyskuntoutujille sopiviksi. Vastausvaihtoehdot valittiin myös kohderyhmä huomioiden. Vastausvaihtoehtojen selkeyden vuoksi kuntoutujien oli helppoa ja nopeaa täyttää palautelomake. Palautelomakkeet lisäsivät projektin vastausten luotettavuutta, sillä vastausvaihtoehdot oli määritelty valmiiksi, eikä tulkitsemisongelmaa tuloksia analysoitaessa tämän vuoksi ollut. Palautelomake oli helposti ymmärrettävä ja selkeä sekä se vastasi juuri siihen, mihin oli tarkoituskin. Palautelomakkeen avulla saatiin halutun laista tietoa. Palautelomaketta ei oltu esiteltänyt, mikä saattoi vaikuttaa projektin luotettavuuteen. Tutkimustuloksia analysoitaessa olisi hyvä ottaa huomioon mielenterveyskuntoutujien sairauden läsnäolo, sillä opinnäytetyöntekijät joutuivat ajoittain auttamaan palautteiden täyttämässä esimerkiksi neuvomalla kuinka lomake tulisi täyttää. Palautteiden analysointi oli selkeää, koska palautelomake oli rakenteeltaan yksinkertainen.

Palautteet viriketoimintapäivistä olivat pääosin positiivisia. On huomioitava kuitenkin, että palautteet kerättiin heti päivän päätteeksi, jolloin opinnäytetyön tekijät olivat vielä läsnä tilanteessa. Muutamat mielenterveyskuntoutajat tarvitsivat myös apua opinnäytetyöntekijöiltä lomakkeen täyttämässä. Näiden seikkojen pohjalta on pohdittava, oliko palaute rehellistä. Palautelomakkeet täytettiin anonymisti, mikä toisaalta saattoi madaltaa joissain tapauksissa kynnystä vastata rehellisesti. Kajalakodista pyydettiin palautetta myös jälkikäteen sähköpostitse, sillä haluttiin tietää, onko mielenterveyskuntoutujille tai henkilökunnalle vielä jälkikäteen tullut mieleen jotakin. Kaikki olivat tyytyväisiä, että viriketoimintapäiviä järjestettiin. Kolmannesta päivästä eli tietovisasta saatiin erikseen vielä palautetta. Kysymykset olisivat voineet olla hieman helpompia ja niitä olisi voinut olla vähemmän. Aihealue myös koettiin haastavaksi.

Osallistujien ja palautelomakkeiden vastausmäärä oli pieni, joten se ei itsessään lisää projektin luotettavuutta. Kuitenkin suhteutettuna Kajalakodin asiakasmäärään ja muihin tekijöihin, 19 on otoksena hyvä. Kajalakodissa asiakaspaikkoja on vain 15 ja yksi intervallipaikka siinä lisänä. Kaikki mielenterveyskuntoutujat eivät olleet siinä kunnossa fyysisesti tai psyykkisesti, että olisivat voineet osallistua päiviin. Heillä saattoi olla myös muuta ohjelmaa Kajalakodin ulkopuolella, joka esti päivään osallistumisen.

7 POHDINTA

Projektin tehtävänä oli suunnitella ja pitää viriketoimintaa Kajalakodin mielenterveyskuntoutujille. Tavoitteena on kehittää ja lisätä Kajalakodin kuntoutujille suunnattua viriketoimintaa sekä lisätä asukkaiden aktiivisuutta ja tukea kuntoutumista. Viriketoimintapäivien avulla Kajalakodin henkilökunnan toivotaan saavan lisää ideoita omaan toimintaansa, jota mielenterveyskuntoutujille järjestävät. Päivistä saadun palautteen perusteella henkilökunta voi arvioida, kannattaako heidän järjestää näitä viriketoimintoja jatkossa. Asukkaiden aktiivisuutta pyrittiin lisäämään yhteisen ja aktiivisen tekemisen kautta. Projektin myötä he toivottavasti myös jatkossa osallistuvat aktiivisesti heille järjestettyyn ja suunnattuun toimintaan positiivisin mielin. Asukkaiden kuntoutumista pyrittiin tukemaan viriketoimintapäivien terveysaiheisilla teemoilla. Päivien sisältöjen toivotaan motivoivan Kajalakodin mielenterveyskuntoutujia elämään hyviä elintapoja noudattaen.

Aluksi etsittiin teoriaa, jonka jälkeen teoriatietoon pohjautuen suunniteltiin virikepäivien sisällöt. Tässä työssä käytetyt virikkeet valittiin sen mukaan, mitkä asiat terveyteen liittyen ovat heikompia mielenterveyskuntoutujilla. Virikkeet valittiin myös sen mukaan, että minkä tahansa mielenterveyskuntoutusta järjestävän tahon on helppo toteuttaa ne. Kajalakodin asiakkailta saadun palautteen perusteella kaikenlainen viriketoiminta on mukavaa ja hyödyllistä. Kuntoutumista tukevat tekijät löytyvät usein pienistä ja tavallisista arkielämään liittyvistä asioista, mikä kannattaa muistaa viriketoimintaa suunniteltaessa. Viriketoiminta voi olla esimerkiksi käsitöiden tekemistä tai luonnossa liikkumista.

Ensimmäisen viriketoimintapäivän pitäminen jännitti, sillä opinnäytetyöntekijöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta virikehetken toteuttamisesta mielenterveyskuntoutujille. Jokaisesta viriketoiminta kerrasta oppi aina uutta seuraavaa toteuttamispäivää varten. Jännitys väheni myös sen takia, että osa Kajalakodin mielenterveyskuntoutujista oli mukana useammassa päivässä ja he tulivat opinnäytetyöntekijöille tutuimmiksi joka kerralla.

Ruuskasen (2006) tutkimuksen tulosten mukaan liikunnalla on niin psyykkisiä kuin fyysisiä vaikutuksia mielenterveyskuntoutujiin ja he kokivat liikunnan tukevan myös muilla elämänalueilla. Liikunnan koettiin lieventävän ahdistusta sekä parantavan unta. (Ruuskanen 2006.) Ensimmäisenä viriketoimintapäivänä teemana oli liikunta ja mielenterveyskuntoutujat pääsivät pelaamaan mölkkyä ja petankkia. Kuntoutujat rohkaistuivat pelaamaan yhdessä, ja toivottavasti päivän myötä he järjestävät tämän kaltaista yhteistä toimintaa jatkossakin. Päivästä saatu palaute oli pääosin positiivista. Osa osallistujista koki päivän hyödyllisyyden keskinkertaiseksi. Tämä voi johtua siitä, että päivän toiminta oli fyysistä, eivätkä kaikki välttämättä koe fyysisen toiminnan olevan hyödyllistä mielenterveyskuntoutuksen kannalta. Päivän toivotaan aktivoivan Kajalakodin mielenterveyskuntoutujia jatkossakin liikkumaan ja harrastamaan yhdessä.

Terveellinen ruokailu on listattu mielialanhoidossa kärkipäähän (Siimes 2010, 110). Tolosen (2007) mukaan hyvällä ravitsemuksella on suuri merkitys masennuksen ja muiden psykiatristen sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa (Tolonen 2007, 12–13). Ravitsemus oli teemana toisena päivänä, jolloin kokattiin kanasalaattia ja keskusteltiin ruokavaliosta. Mielenterveyskuntoutujat saivat tällöin paljon tietoa ja vinkkejä terveellisestä ruokavaliosta ja toivottavasti hyödyntävät näitä tietoja omassa elämässään käytännössä. Aihe osoittautui myös aiheelliseksi, sillä osallistujat kertoivat, etteivät juuri tee itse ruokaa eikä myöskään mieti ruuan terveellisyyttä vaan syövät viikoittain muun muassa hampurilaisia ja kebabia. Päivästä saatu palaute oli ainoastaan positiivista. Opinnäytetyöntekijät toivovat, että päivään osallistuneet mielenterveyskuntoutujat saivat päivästä lisää intoa ja valmiuksia tehdä terveellistä ruokaa itse. Osalla asiakkaista on omassa huoneessaan myös mahdollisuus tehdä ruokaa, jota he jatkossa toivottavasti hyödyntävät enemmän.

Suomen kinesiologianyhdistyksen (2011) mukaan aivojummat ja tietovisailut parantavat keskittymiskykyä, kehittävät itseluottamusta ja lieventävät stressiä. (Suomen kinesiologianyhdistys ry 2011.) Kolmantena päivänä kuntoutujat aktivoivat aivojaan tietovisan merkeissä. Päivästä he saivat toivottavasti uutta tietoa terveydestä sekä puhtia aktivoida aivojaan jatkossakin. Terveysaiheisen

tietovisailun toivotaan myös lisäävän kuntoutujien motivaatiota kiinnittää enemmän huomiota omaan terveyteen. Päivän palautteissa ihmisillä oli eriäviä mielipiteitä virikehetken hyödyllisyydestä ja sisällöstä. Virikehetki oli hyödyllinen kolmen osallistujan mielestä ja yksi koki hyödyllisyyden keskinkertaiseksi. Sisältö oli kolmen osallistujan mielestä hyvä ja yhden mielestä keskinkertainen. Jälkikäteen ajateltuna päivän olisi voinut toteuttaa hieman eri tavalla. Kysymyksiä olisi voinut olla vähemmän tai päivän olisi voinut toteuttaa jotenkin eri lailla, esimerkiksi järjestää tietovisa jollakin hausalla ja erilaisella tavalla kuin perinteinen tietovisailu.

Neljäntenä viriketoimintapäivänä mielenterveyskuntoutujat pääsivät mittaauttamaan kehonkoostumustaan, verenpainettaan sekä PEF-arvojaan ja saivat jokaisesta mittauspisteestä viitearvo lapun johon merkattiin heidän omat tuloksensa. Näin he pystyvät tulevaisuudessakin hyödyntämään saatuja mittaustuloksia vertailuna, jos samoja mittauksia tehdään uudelleen. Mittausten toivotaan antavan kuntoutujille lisää tietoa heidän terveydentilastaan. Viitearvoista poikkeavien tuloksien ja opinnäytetyöntekijöiltä saadun ohjauksen toivotaan motivoivan mielenterveyskuntoutujia elintapamuutoksiin. Päivästä saatu palaute oli positiivista.

Mielenterveyskuntoutujille suunnattu viriketoiminta on tärkeä ja ajankohtainen aihe tänä päivänä, sillä mielenterveydenongelmiin sairastuvia on kasvavissa määrin ja hyvä kuntoutujalähtöinen kuntoutus tulee olemaan aina vain tärkeämmässä roolissa. Tutkimuksia viriketoiminnan järjestämisestä mielenterveyskuntoutujille on hyvin vähän olemassa entuudestaan. Tämä opinnäytetyöprojekti tuo lisää tietoa aiheesta. Projektin tulokset tukevat aiheesta jo olemassa olevaa tietoa.

Heikkinen-Peltosen ym. (2010) mukaan toimettomuus ja apatia ovat psykoosisairauksien jälkeen ilmeneviä toiminta häiriöitä, jolloin kuntoutujaa tulisi rohkaista ja kannustaa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 229–230.) Viriketoimintahetket tuovat lisää mielekkyyttä mielenterveyskuntoutujien arkeen sekä edistävät ja tukevat näin kuntoutumista. Tämän vuoksi viriketoimintaa tulisi kehittää ja toteuttaa kaikissa mielenterveyskuntoutus yksiköissä. Yksiköissä

työntekijöitä tulisi motivoida kehittämään ja ylläpitämään mielekästä toimintaa kuntoutujille. Jatkoa ajatellen virikehetkien tulisi olla ajallisesti lyhyempiä, jotta kaikki jaksaisivat osallistua ja keskittyä tekemiseen. Virikehetkiä tulisi olla riittävästi ja monipuolisesti. Jokainen asiakas voi itse valita mieleisensä virikehetken, johon osallistua. Virikehetkiä ei kuitenkaan kannata järjestää liian usein, etteivät asiakkaat kyllästy jokapäiväiseen touhuamiseen. Virikehetkien järjestäminen vain muutamiakin kertoja viikossa tukee huomattavasti asiakkaiden kuntoutumista, kun on vaihtelevasti erilaista tekemistä päivän aikana. Kuntoutujien omista toiveista ja tarpeista lähtevä viriketoiminta tukee kuntoutumista parhaiten. Kannustava ilmapiiri myös edesauttaa asiakkaiden tyytyväisyyttä virikehetkiin.

Opinnäytetyön tekoon kului noin vuosi. Tutkimussuunnitelman teko ja siihen saadut kommentit opinnäytetyönohjaajilta sekä parannusehdotukset antoivat opinnäytetyön teolle hyvät lähtökohdat. Opinnäytetyöprojekti oli mielenkiintoinen ja omia ammattitaitoja kehittävä. Opinnäytetyön aihe oli innostava, sillä kaikkia opinnäytetyöntekijöitä kiinnostaa mielenterveystyö. Tämä opinnäytetyö auttoi tekijöitä ymmärtämään paremmin viriketoiminnan tärkeyden mielenterveyskuntoutujille. Opinnäytetyöntekijät saivat työn myötä hyvät valmiudet projektityöskentelyyn sekä työskentelyyn mielenterveyskuntoutujien kanssa tulevaisuudessa. Projekti opetti ajattelemaan mielenterveyskuntoutusta laajana kokonaisuutena muunkin kuin teoreettisen viitekehyksen avulla. Projekti antaa ajantasaista tietoa siitä millaisiksi mielenterveyskuntoutajat kokevat viriketoimintapäivät. Viriketoimintapäivät antoivat erinomaisen mahdollisuuden päästä tutustumaan Kajalakodin asukkaisiin. Projekti auttoi ymmärtämään mielenterveyskuntoutusta myös paremmin itse kuntoutujan näkökulmasta. Työskentely oli sujuvaa kaikkien projektissa olleiden yhteistyötahojen kanssa ja sovituista asioista ja aikatauluista pidettiin kiinni. Projektityöskentely oli kaikille osapuolille mieluista ja opettavaista.

Kuten aikaisemmin on jo mainittu, aihetta on loppujen lopuksi tutkittu melko vähän, joten jatkossa mielenterveyskuntoutujille suunnattua viriketoimintaa tulisi

yhä vain tutkia ja kehittää lisää. Olisi hyvä järjestää esimerkiksi kysely kaikkiin mielenterveyskuntoutusta järjestäviin yksiköihin, joiden mielenterveyskuntoutajat saisivat kertoa, minkälaisesta viriketoiminnasta he pitäisivät ja kuinka usein erilaista viriketoimintaa tulisi järjestää. Näin saataisiin parempi kuva siitä, millaista olisi hyvä kuntoutujalähtöinen viriketoiminta ja siten sitä osataan paremmin järjestää eri paikoissa tulevaisuudessa.

Tämän kaltaisia projekteja kannattaa jatkossakin järjestää, sillä sitä kautta mielenterveyskuntoutusta järjestävät yksiköt voivat saada uusia ja hyödyllisiä ideoita toimintaansa. Merkittävää hyötyä yksiköille projekteista voi olla varsinkin silloin, jos jo järjestettävä viriketoiminta on vääränlaista, puutteellista tai sitä ei ole. Yksiköiden olisi hyvä muistaa opinnäytetyöt ja muut mahdolliset projektit, joita voivat hyödyntää viriketoiminnan suunnittelussa, järjestämisessä ja arvioinnissa. Opinnäytetyön toivotaan olevan hyödyksi muille mielenterveyskuntoutusta järjestäville yksiköille suuntaa antavana projektina, jossa on jo tuloksia siitä, minkälaiset viriketoiminnot kuntoutajat kokevat hyödyllisiksi ja mielekkäiksi.

LÄHTEET

Arvonen, S. 2004. Porukalla, Perheliikuntaohjaajan käsikirja. Helsinki: Edita.

Chang, Y-C.; Chen, M-D.; Heller, T. & Pickett, S. 2013. Recovery of People With Psychiatric Disabilities Living in the Community and Associated Factors. Viitattu 17.9.2014 <http://www.apa.org/pubs/journals/features/prj-h0094975.pdf>.

Farkas, M.; Soydan, A. & Gagne, C. 2000. Introduction to Rehabilitation Readiness. Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston.

Gray, R. & Robson, D. 2006. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies. Viitattu 21.9.2014 http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/physical_health_paper-1%20copya.pdf.

Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Gaudeamus: Tampere.

Heikkilä T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki:Edita

Heikkinen-Peltonen, R.; Innamaa, M. & Virta, M. 2010. Mieli ja terveys. Mielenterveyskuntoutus. 1.-3., painos. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Holmberg, J.; Hirschovits, T.; Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Suomen Graafiset palvelut Oy.

Jacka, FN.; Pasco, JA.; Mykletun, A.; Williams, LJ.; Hodge, AM.; O'Reilly, SL.; Nicholson, GC.; Kotowicz, MA. & Berk M. 2010. Association of Western and Traditional Diets With Depression and Anxiety in Women. American Journal of Psychiatry. Viitattu 13.10.2014 <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/1821/appi.ajp.2009.09060881.pdf?resultClick=1>.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.

Kallanranta, T.; Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. 2001. Kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kanerva, A.; Kuhanen, C.; Oittinen, P. & Shubert, C. 2012. Lähestymistapoja mielenterveystyöhön. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karlsson, Å. & Marttala, A. 2001. Projekti-kirja – Onnistuneen projektin toteuttaminen. Helsinki: Kauppakaari.

Kela 2014. Kelan kuntoutusta sai jo lähes 100 000 suomalaista. Viitattu 7.9.2014 http://www.kela.fi/ajankohtaista-kuntoutus/-/asset_publisher/I7X3vuEkReGH/content/id/1557451.

Kettunen, R.; Kähäri-Wiik, K.; Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 1., painos. Helsinki: WSOY.

Koskisuu, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Edita.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille, Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

Kovanen, R-L. 2007. Vertaistukiryhmän toiminta ja merkitys mielenterveyskuntoutujalle. Pro gradu. Sosiaalityö. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Kukkonen-Lahtinen, L. 2006. Yhdessä kehittyen – Kuntouttavan mielenterveystyön haasteet. Viitattu 21.10.2014 https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/yhdessa_kehittyen_kuntouttavan_m/.

KvantiMOTV 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 4.11.2014. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

KvantiMOTV 2012. Numerotulosten esittäminen ja taulukkojen laatiminen.
Viitattu 10.10.2014

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/raportointi/numerotulokset.html>.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kähäri-Wiik, K.; Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5., painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ladonlahti, T. 2001. Oppimisen merkitys ja mahdollisuudet yhteisöön tukemisessa. Teoksessa T. Ladonlahti & R. Pirttimaa (toim.) Erityispedagogiikka ja aikuisuus. Helsinki: Palmenia-kustannus, 17-41.

Lintunen, T.; Koivumäki, K. & Säilä, H. 1995. Jalka potkee mieli notkee – Liikunta mielenterveyden tukena. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.

Lääti, S. 2013. Sosiaalinen hyvinvointi mielenterveyskuntoutujan elämässä - Tutkimus sosiaalisen hyvinvoinnin merkityksistä nuorempien ja varttuneiden mielenterveyskuntoutujien keskuudessa. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalityö. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Martti, S.; Rostila, I. & Suikkanen, A. 2003. Päivä kerrallaan ihmisenä ihmiselle: päivä- ja työtoiminnan hyviä käytäntöjä ja kehittämistarpeita. Helsinki: Raha-automaattiyhdistys. Viitattu 13.2.2014
https://www.ray.fi/sites/default/files/emmi_mediabank/2003paivajatyotoiminta_raportti6.pdf.

Mielenterveyden keskusliitto 2012. Mielenterveyskuntoutujille enemmän ravitsemusneuvontaa. Viitattu 13.2.2014
<http://www.mtkl.fi/toiminta/viestinta/tiedotteet/?x1279792=1356941>.

Miettinen, M. 2000. Haasteena huomisen hyvinvointi – Miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Jyväskylä: Likes.

Paasivaara, L.; Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Pakeman, S. 2012. Terveellisen ravinnon aakkoset. 4., tarkistettu painos. Helsinki: Gummerus.

Pihlaja, K. 2008. ”Joka päivä ittesä kuntouttaminen on kova työ”. Viitattu 24.9.2014

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18982/URN_NBN_fi_jyu-200810075788.pdf?sequen.

Rissanen, P.; Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ruuskanen, E. 2006. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishanke 2003-2005 - Kuntoutujien kokemuksia liikunnasta ja liikuntaryhmistä. Viitattu 11.9.2014

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93424/gradu01045.pdf?sequence=1>

.

Saarnia, P. 2009. Ruoan terveysvaikutukset. Helsinki: Otava.

Saharinen, T. 2013. Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25–64-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Viitattu 13.9.2014
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1241-1/urn_isbn_978-952-61-1241-1.pdf.

Salon kaupunki 2012. Mielenterveyskuntoutuksen asumispalvelut. Viitattu 13.2.2014 <http://www.salo.fi/attachements/2013-04-16T09-36-2484.pdf>.

Siimes, K. 2010. Hoida mielialaasi. Kuopio: Kopijyvä.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus, Ensisijaista on avohoito. Kaikessa hoidossa on kuntouttava ote. Viitattu 1.9.2014

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>.

Suomen mielenterveysseura 2006. Liiku mieli hyväksi – Malleja ja kokemuksia liikuntatoiminnan kehittämisestä. Helsinki: Dark Oy.

Suomen kinesiologiayhdistys ry 2011. Aivojumppa ja oppimiskinesiologia. Viitattu 13.2.2014 <http://www.kinesiologia.fi/index.php?page=aivojumppa>.

Toivio, T. & Nordling, E. 2011. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tolonen, M. 2007. Ravitsemus ja mielenterveys. Huhmari: Karprint Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito – Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita.

Viertiö, S. 2011. Functional limitations and quality of life in schizophrenia and other psychotic disorders. Väitöskirja. Helsinki. Viitattu 10.10.2014 [https://helda-](https://helda-helsinki-)

[fi.ezproxy.turkuamk.fi/bitstream/handle/10138/26233/function.pdf?sequence=1](https://helda-helsinki-fi.ezproxy.turkuamk.fi/bitstream/handle/10138/26233/function.pdf?sequence=1).

Vilen, M.; Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WS Bookwell Oy.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vuolle, P.; Telama, R. & Laakso, L. 1986. Näin suomalaiset liikkuvat. Helsinki: Valtion painatuskeskus.


Vuori-Kemilä, A.; Stengård, E.; Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Välimäki, M. 2010. Eettiset kysymykset mielenterveystyössä. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. 5.-6., painos. Helsinki: WSOY, 260-276.

Ylén, H. & Ojanen, M., 1999. Liikunta on hyväksi – jos siltä tuntuu. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura ry.

LIITTEET

Toimeksiantosopimus

		OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS	1
TURUN AMMATTIKORKEAKOULU TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES			
OPISKELIJAN TIEDOT			
Nimi	Jenna Lindholm, Maria Suomi, Marjaana Linden &		
Osoite	Koskenpääkatu 4 as 3, 24100 Salo Karita		
Puhelin koti	040 8259762	Puhelin työ	- Rantala
Sähköposti	jenna.lindholm@students.turkuamk.fi		
Koulutusohjelma	Hoitotyö		
OPINNÄYTETYÖ			
Aihe/ työnimi	Mielenterveyskuntoutujien viiketoiminta Kajalakovissa		
Aikataulu	keväät 2014 - jouluku 2014		
TOIMEKSIANTAJA			
Organisaatio	Salon kaupunki		
Työn ohjaaja / yhteyshenkilö	Marita Päivärinne		
Osoite	Sairaalantie 9, 24130 Salo		
Puhelin	044 7723672	Sähköposti	marita.paivarinne@salo.fi
OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT			
Ohjaava opettaja	Tiina Pelander		
Puhelin	044 9675186	Sähköposti	tiina.pelander@turkuamk.fi
	Sirpa Nikunen		
	044 9075494		sirpa.nikunen@turkuamk.fi
Turun ammattikorkeakoulu Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791 sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi			

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT*

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

16/1/2014

3/3/14

Kaia Rantala
Opiskelija
Marjaana Lindén
Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA ☐

* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
posti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Projekttilupa-anomus

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysala, Salo
Ylhäistentie 2
24130 SALO
Puh. (02) 263 350
Fax. (02) 2633 6179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖNÄ TOTEUTETTAVASTA PROJEKTISTA

Projektin nimi	Viriketoimintaa Kajalakodin mielenterveyskuntoutujille						
Projektitehtävä	Projektin tehtävänä on suunnitella viriketoimintaa Kajalakodin mielenterveyskuntoutujille. Tavoitteena on kehittää ja lisätä Kajalakodin kuntoutujille suunnattua viriketoimintaa sekä lisätä asukkaiden aktiivisuutta ja tukea kuntoutumista.						
Projektin kuvaus	Suunnitelmana on pitää Kajalakodin asukkaille neljä erilaista viriketoimintapäivää. Kaksi viriketoimintapäivää toteutetaan keväällä ja kaksi syksyllä. Kevään päivämääräksi on sovittu tutustumiskäynti 7.5., ensimmäinen viriketoimintapäivä on 14.5. ja toinen 20.5. Syksyn aikataulu sovitaan myöhemmin.						
Projektin toteuttamisajankohta	Kevät 2014 – syksy 2014						
Projektin arvioitu valmistusajankohta	Joulukuu 2014						
Projektsuunnitelma hyväksytty	29.9.2014						
Projektin ohjaajat	<table border="0"> <tr> <td>Tiina Pelander</td> <td>puh 0449075486</td> <td><i>Tiina Pelander</i></td> </tr> <tr> <td>Sirpa Nikunen</td> <td>puh 0449075494</td> <td><i>Sirpa Nikunen</i></td> </tr> </table>	Tiina Pelander	puh 0449075486	<i>Tiina Pelander</i>	Sirpa Nikunen	puh 0449075494	<i>Sirpa Nikunen</i>
Tiina Pelander	puh 0449075486	<i>Tiina Pelander</i>					
Sirpa Nikunen	puh 0449075494	<i>Sirpa Nikunen</i>					
<p>Sitoudumme toteuttamaan projektimme projektsuunnitelmassa esitettyjen vaiheiden puitteissa ja siten, että projektiin osallistuvien henkilöiden anonymiteetti säilyy.</p>							
Projektin tekijät	<p>Hoitotyö <u>NHSHSS11</u> (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä)</p> <p><u>Jenna Lindholm, Maria Suomi, Karita Rantala ja Marjaana Linden</u> (nimi)</p> <p><u>Tahkonkatu 12 as 1 24100 Salo</u> (osoite)</p> <p><u>0408259762</u> (puhelinnumero)</p>						

Anomus käsitelty

19.5.2014

(X) lupa myönnetty

() lupa evätty, peruste _____

Allekirjoitus

Marjaana Lindén, Jenna Lindholm, Karita Rantala

Anomus ja projektsuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalle. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.

Palautelomake

PALAUTELOMAKE

Seuraavassa on väittämiä koskien tämän päivän viriketoimintaa. Vastaa oman mielipiteesi mukaisesti joka kohtaan. Rastita sopiva vaihtoehto.

1. Tunnelma oli hyvä



2. Virikehetki oli hyödyllinen



3. Sisältö oli hyvä



4. Ohjaajat olivat mukavia



5. Ohjaajat olivat ammattitaitoisia



6. Risut ja ruusut

KIITOS PALAUTTEESTA!

Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 14.5.2014

Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 14.5.2014

AIKA	TAVOITE	SISÄLTÖ	MENETELMÄ	ARVIOINTI
10min	Asiakkaat tietävät virikehetken sisällön ja tarkoituksen	Virikehetken pitäjien ja sisällön esittely	Suullisesti kertominen	
60min	Asiakkaat aktivoituvat pelaamaan ja liikkumaan	Mölkyn ja petankin pelaaminen	Asiakkaat ja pitäjät pelaavat yhdessä ulkona sään salliessa	Asiakkaiden aktiivisuus
10min	Asiakkaat antavat palautetta virikehetkestä	Lopetus, palautteen kerääminen	Palautelomake	

Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 20.5.

Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 20.5.

AIKA	TAVOITE	SISÄLTÖ	MENETELMÄ	ARVIOINTI
10min	Asiakkaat tietävät virikehetken tarkoituksen ja sisällön	Virikehetken sisällön ja pitäjien esittely	Suullisesti kertominen	
60min	Asiakkaat aktivoituvat tekemään terveellistä ruokaa	Kanasalaatin tekeminen, ruokavaliosta juttelu	Asiakkaat saavat ohjatusti itse tehdä ruokaa, jokaisella oma tehtävä	Asiakkaiden aktiivisuus
10min	Asiakkaat antavat palautetta virikehetkestä	Lopetus, palautteen kerääminen	Palautelomake	

Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 4.9.

Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 4.9.

AIKA	TAVOITE	SISÄLTÖ	MENETELMÄ	ARVIOINTI
10min	Asiakkaat tietävät virikehetken tarkoituksen ja sisällön	Virikehetken pitäjien ja sisällön esittely	Suullisesti kertominen	
30min	Asiakkaat saavat hyvää aivojumppaa ja miettivät omaa terveyttään	Terveys aiheinen tietovisa	Kysymykset esitetään suullisesti, asiakkaat vastaavat omiin vastauspapereihinsa	Asiakkaiden aktiivisuus ja keskittyminen
10min	Asiakkaat tietävät tietovisan oikeat vastaukset	Tietovisan oikeat vastaukset	Vastaukset käydään suullisesti läpi yhdessä asiakkaiden kanssa	Asiakkaiden aktiivisuus ja keskittyminen
10min	Asiakkaat antavat palautetta virikehetkestä	Lopetus, palautteen kerääminen	Palautelomake	

Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 9.9.

Kajalakodin viriketoimintapäivän suunnitelma 9.9.

AIKA	TAVOITE	SISÄLTÖ	MENETELMÄ	ARVIOINTI
10min	Asiakkaat tietävät virikehetken tarkoituksen ja sisällön	Virikehetken pitäjien ja sisällön esittely	Suullisesti kertominen	
60min	Asiakkaat saavat tietoa omasta terveydentilastaan	Asiakkailta mitataan verenpainetta, kehonkoostumusta ja PEF-arvoa.	Pitäjät suorittavat mittaukset ja antavat asiakkaille tietoa tuloksista. Asiakkaat saavat tulokset myös itselleen.	Asiakkaiden aktiivisuus
10min	Asiakkaat antavat palautetta virikehetkestä	Lopetus, palautteen kerääminen	Palautelomake	

Tietokilpailukysymykset

1. Missä ihmisellä sijaitsee kilpirauhanen? A) selässä B) vatsassa C) päässä **D) kaulassa**
2. Miksi kutsutaan ihmisen ensimmäisiä hampaita A) jugurttihampaiksi B) kermahampaiksi **C) maitohampaiksi** D) viilihampaiksi
3. Mikä on ihmiskehon suurin lihas? **A) Nelipäinen reisilihas** B) iso rintalihas C) poikittainen vatsalihas D) pohjelihas
4. Mikä on tehokas kolesterolin alentaja? A) c-vitamiini **B) Omega 3 rasvahappo** C) D-vitamiini
5. Mihin seuraavista C-vitamiini on perinteisesti yhdistetty? **A) raudan imeytymiseen** B) ruskettumiseen C) aineenvaihdunnan nopeuttamiseen
6. Mikä on miesten yleisin syöpä suomessa? A) maksasyöpä B) keuhkasyöpä C) kivessyöpä **D) eturauhassyöpä**
7. Mitä terveellisen ja monipuolisen ruokavalion ei tarvitse sisältää? A) hedelmiä B) kasviksia C) kalaa **D) sokeria**
8. Kuinka paljon nestettä ihminen tarvitsee päivässä? A) 3-4 litraa B) 1-2 litraa **C) 2-3 litraa** D) puoli litraa
9. Mikä usein liitetään migreeniin? A) lapio B) harava **C) aura** D) kola
10. Millä toisella nimellä tunnetaan maitosokeri? A) laktaasi B) maltaasi C) leктоosi **D) laktoosi**
11. Mihin kalsiumia tarvitaan? **A) vahvan luuston saamiseen** B) sairauksien ehkäisyyn C) lihasten kasvuun
12. Mikä on päivän tärkein ateria? A) päivällinen B) lounas **C) aamupala** D) iltapala
13. Mihin vaivaan käytetään antibioottia? A) ehkäisyyn B) kipuun C) särkyyn **D) infekioon**
14. Mikä on naisten yleisin syöpä Suomessa? A) verisyöpä B) keuhkasyöpä **C) rintasyöpä** D) kohdunkaulan syöpä
15. Mikä seuraavista on vatsavaiva? A) käristys **B) närästys** C) heristys D) märeästys
16. Mikä seuraavista liittyy lihaksiin? **A) maitohappo** B) piimähappo C) rahkahappo D) kermahappo

17. Mikä sairaus on meningiitti? A) mahaportin tukkeuma B) keuhkoputken tulehdus C) aivosyöpä **D) aivokalvontulehdus**
18. Missä sijaitsee ihmisen pienin luu? **A) korvassa** B) sormessa C) varpaassa D) hampaassa
19. Kuinka paljon kasviksia tulee syödä päivässä? A) 1 kg **B) puoli kiloa** C) 200g D) 1,5 kg
20. Mihin kehon osaan yleensä noidannuoli iskee? A) vatsaan B) yläselkään **C) alaselkään** D) pohkeeseen
21. Kuinka paljon päivässä vähintään tulisi harrastaa liikuntaa? **A) 30minuuttia** B) tunti C) puolitoista tuntia D) viisitoista minuuttia
22. Mikä on BMI? A) painon vartija B) kehon rakentaja **C) painoindeksi** D) laihduttaja
23. Kuinka paljon aikuiset nukkuvat keskimäärin yössä? A) 3-4h B) 15h C) 5-6h **D) 7-8h**
24. Kuinka monta kertaa viikossa kalaa tulisi syödä? **A) kaksi kertaa viikossa** B) kerran viikossa C) joka päivä D) ei tarvitse syödä joka viikko
25. Mikä seuraavista ei aiheuta suun happohyökkäystä? A) maito B) mehu **C) vesi** D) kahvi
26. Mikä on hampaiden kannalta paras makeuttaja? A) xylifoni B) sokeri **C) xylitoli** D) fenkoli
27. Mikä on kalori? A) sokerin määrä tuotteessa B) verisuonitauti **C) energian mittayksikkö**
28. Mikä seuraavista erittää insuliinia? **A) haima** B) sydän C) pallea D) munuainen
29. Mikä on tärkein kalsiumin lähde? **A) maitovalmisteet ja kasvikset** B) suolat C) makkara ja karpalot D) rypäleet ja banaanit
30. Miten paljon ihmisellä on verta kehossaan? A) 12 litraa **B) 5 litraa** C) 2 litraa D) 8 litraa
31. Mitä/ Mikä on bulimia? **A) ahmimishäiriö** B) lihomisen pelko C) sykemittari D) ahtaanpaikan kammo

32. Mitä vitamiinia ihmisen iho muodostaa auringon valosta? A) A-vitamiini B) C-vitamiini C) E-vitamiini **D) D-vitamiini**
33. Mikä/mitä on anafylaksia? A) vatsatauti **B) äkillinen allerginen reaktio** C) kova päänsärky
34. Mitä voidaan käyttää makeuttamisessa sokerin sijaan? **A) aspartaamia** B) askeesia C) asesulfaattia D) asperteemia
35. Mikä on ekseema? A) sydämen vajaatoiminta B) vesirokko **C) ihottuma** D) kuumetauti
36. Mikä on melanooma? A) allergisoiva aine B) vesivatsa C) valtimoiden kovettumistauti **D) ihosyöpä**
37. Mikä seuraavista sisältää vähiten rasvaa? **A) vadelma** B) suklaa C) perunalastu D) ranskankerma
38. Mikä seuraavista on niveliinkin vaikuttava aineenvaihduntatauti? A) mihti B) kahti **C) kihti** D) rahti
39. Mistä voi löytää nukkalisäkkeitä? A) iholta B) kielestä **C) ohutsuolesta** D) korvasta
40. Kuinka monta kertaa päivässä tulisi syödä? A) 6 kertaa B) 4 kertaa C) 3 kertaa **D) 5 kertaa**
41. Mikä on luukadon vierasperäinen nimi? **A) osteoporoosi** B) luuporoosi C) lustioporoosi
42. Mikä elin vaikuttaa pääasiassa nestetasapainon säätelyyn? A) maksa **B) munuainen** C) haima D) sappi
43. Kuinka monta luuta ihmisellä on? A) 106 **B) 206** C) 306 D) 406
44. Mikä on yleinen hätänumero? A) 211 B) 121 C) 118 **D) 112**
45. Mikä on normaali verenpaine? **A) 120/80** B) 140/90 C) 100/60 D) 180/110
46. Mikä seuraavista voi nostaa verenpainetta? A) suklaa **B) lakritsi** C) omena D) pastilli
47. Mikä seuraavista sisältää eniten kaloreita 100ml? A) omenamehu B) rasvaton maito C) coca-cola **D) energiajuoma esim. Battery**

48. Mitä tarkoittaa PPE? A) paina-pistäelvytys **B) painelu-puhalluselvytys** C) pistä-parastaelvytys D) puuskuta-pinaelvytys
49. Kuinka monta sokerinpalaa on 1,5l coca-cola pullossa? A) 36 sokerinpalaa B) 46 sokerinpalaa **C) 66 sokerinpalaa** D) 76 sokerinpalaa
50. Yksi pillimehu sisältää noin... A) 1 sokeripalan B) 3 sokeripalaa **C) 9 sokeripalaa** D) 12 sokeripalaa
51. Kuinka monta kaloria on Hesburgerin megahampurilaisessa? A) 963 kaloria **B) 1058 kaloria** C) 500 kaloria D) 1200 kaloria
52. Kuinka monta kaloria on Hesburgerin ranskalaisissa? A) 100 kaloria B) 186 kaloria **C) 220 kaloria** D) 300 kaloria
53. Kuinka monta kaloria on Kotipizzan kasvispizzassa? A) 300 kaloria B) 500 kaloria C) 600 kaloria **D) 800 kaloria**
54. Kuinka monta kaloria on Hesburgerin kanasalaatissa? A) 150 kaloria **B) 195 kaloria** C) 250 kaloria D) 300 kaloria